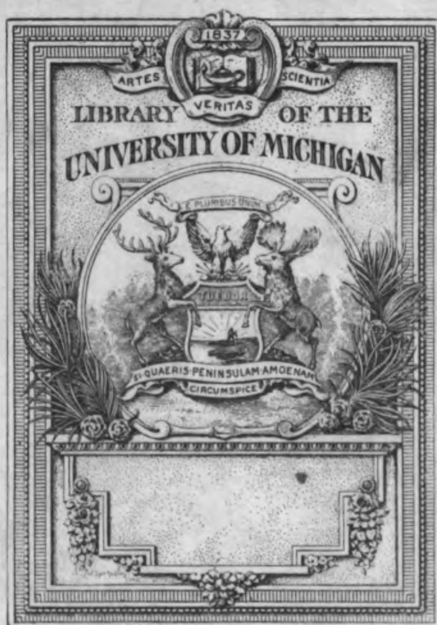

1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Berlin), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **H. Burger** (Amsterdam), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **H. J. Davis** (London), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **Grabower** (Berlin), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **Polyak** (Budapest), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **Watson Williams** (Bristol), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

GEORG FINDER
Berlin.

Neunundzwanzigster Jahrgang.

(Januar — December 1913.)

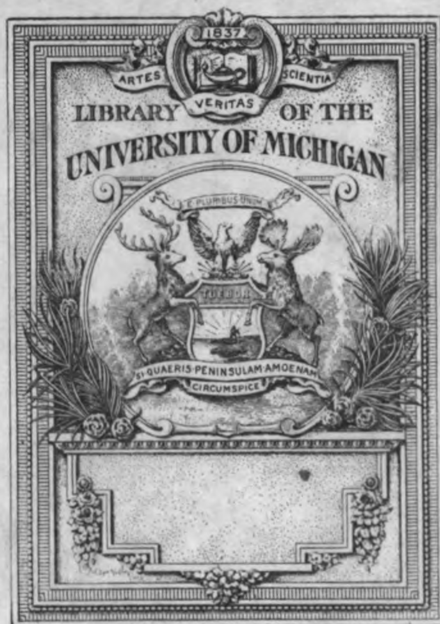
Berlin 1913.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel und Sammelreferate.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY
OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Berlin), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **H. Burger** (Amsterdam), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **H. J. Davis** (London), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **Grabower** (Berlin), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **Polyak** (Budapest), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **Watson Williams** (Bristol), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Neunundzwanzigster Jahrgang.

(Januar — December 1913.)

Berlin 1913.

Verlag von August Hirschwald.

NW., Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel und Sammelreferate.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Briefkasten.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIX. **Berlin, Januar.** **1913. No. 1.**

I. Die laryngo-rhinologische Literatur des Jahres 1911.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	80	251	112	26	135	18	31	652
Deutschland	73	184	93	21	156	25	33	585
Frankreich	27	75	72	12	99	35	27	347
Grossbritannien und Colonien	15	71	58	10	78	12	19	263
Oesterreich	9	40	39	7	62	10	12	179
Ungarn	7	49	42	5	52	8	11	174
Italien	5	18	34	6	55	5	10	133
Belgien	8	39	26	5	40	6	5	129
Holland	6	41	20	6	38	5	5	119
Spanien	3	22	17	5	29	3	4	80
Polen	2	18	15	4	23	2	6	67
Dänemark, Norwegen	3	16	13	2	18	1	4	57
Schweden	2	15	11	1	22	—	3	56
Schweiz	2	8	3	4	14	11	2	44
Russland	2	6	3	2	10	3	2	28
Zusammen	244	852	558	110	831	144	174	2913

Gegenüber dem Vorjahr ist eine weitere Zunahme von über 300 Arbeiten zu verzeichnen, von denen allein 100 auf Deutschland fallen; die Abnahme in der Zahl der russischen Arbeiten erklärt sich dadurch, dass in Folge der Erkrankung und des Todes unseres Referenten Hellat eine Störung in der Berichterstattung eingetreten ist, deren Folgen hoffentlich bald ausgeglichen sein werden. F.

II. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **M. Saenger** (Magdeburg). **Ueber die psychische Componente unter den Asthmaursachen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 8. 1912.*

Die Vielgestaltigkeit der Gelegenheitsursachen, die einen Asthmaanfall auslösen, der Umstand, dass dieselbe Ursache bei dem Einen Asthma erzeugt, bei dem Anderen es auslöscht, sind nicht anders zu erklären als durch die Annahme, dass psychische Einflüsse dabei die Hauptrolle spielen. Die Asthmadisposition besteht in einer durch die verschiedenartigsten Dinge erzeugten krankhaften Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf einen den Kranken bedenklich erscheinenden Zustand ihres Athmungsapparates. Die Disposition wird erhöht durch alle Einwirkungen, die den Gemüthszustand des Kranken ungünstig beeinflussen (Kummer, Sorge, Excesse in Arbeit und Vergnügungen u. dgl. mehr), ferner durch das Vorhandensein einer exsudativen Diathese (Strümpell). Die wirksamste Behandlung ist die Uebungstherapie.

ZARNIKO.

2) **R. Hoffmann** (München). **Die Behandlung des Asthma brenchiale und verwandter Zustände mit Calciumsalzen.** *Therapeut. Monatshefte. Mai 1912.*

Neben den allgemeinen Maassregeln gegen Heufieber wird empfohlen, 8 Tage vor Beginn der Gräserblüte 3mal täglich 1 Esslöffel von der Lösung Calc. chlorat., Calc. lactic. aa 15,0, Spir. simpl. 50,0, Aq. dest. ad 500,0 zu geben. Nach vergeblichem Gebrauch von 2 Flaschen bei steigender Dosis sollte das bewährte Erystypticum Roche versucht werden.

W. SOBERNHEIM.

3) **Philippart. Prophylactische Asthmabehandlung. (Traitement prophylactique de l'asthme.)** *Arch. méd. belges. December 1911.*

Verf. theilt die Asthmatiker in drei Kategorien: Solche mit Anaphylaxie der Respiration, mit und ohne Veränderungen in der Nase; mit Anaphylaxie im Magen-Darmkanal; solche mit Autointoxication.

PARMENTIER.

4) **George Wilson. Die Behandlung der Eingangspforte für Allgemeinerkrankungen. (The treatment of the portal of entry of systemic diseases.)** *New York med. journ. 14. October 1911.*

Verf. hat bereits in einer vor 35 Jahren erschienenen Arbeit darauf hingewiesen, dass seiner Ansicht nach häufig Allgemeinerkrankungen ihren Ausgang nehmen von einer Pyorrhoea alveolaris. Er berichtet von Neuem über einige Fälle, die zur Stütze für seine Anschauung dienen sollen, dass der Eiterherd bei der Pyorrhoea alveolaris häufig den Anlass giebt zur Entstehung von akutem Rheumatismus, Endocarditis, Chorea und rheumatischen Erkrankungen des Auges.

EMIL MAYER.

5) **Arthur Thost** (Hamburg). **Die Gicht in den oberen Luftwegen.** *Fränkel's Arch. f. Laryng. Bd. 26. H. 2. 1912.*

Die Diagnose Gicht der oberen Luftwege wird ermöglicht:

1. Wenn erhebliche Gichtanlage in der Familie sich findet.

2. Wenn im speciellen Fall Gicht sicher vorhanden und durch Untersuchung des Purinstoffwechsels nachgewiesen ist oder gleichzeitig mit acuten Gichtanfällen oder an solche sich anschliessend die oberen Luftwege befallen sind.

3. Wenn gleichzeitig Hautgicht sich findet, eine Affection, bei der häufig Eczeme, Acne, Tophi, Herpes, Urticaria, Oedeme etc. im Vordergrunde stehen.

4. Wenn die gewöhnliche Therapie der Schleimhautaffection versagt, aber eine gegen die Gicht gerichtete Therapie erfolgreich ist.

Die Erscheinungen der Gicht in den oberen Luftwegen theilt Verf. in Gicht der Gelenke und Bänder und Gicht der Schleimhaut selbst.

An der Nase wurden gichtische Tophi an den Knorpeln und Acne rosacea beobachtet. Auch Nasenbluten und folliculäre Entzündungen an den Nasenflügeln sollen bei Gicht häufig sein.

Die Veränderungen der Nasenschleimhaut sind nicht charakteristisch, sie können jedoch nur durch antigichtische Therapie beseitigt werden.

Neben den Nasenbeschwerden werden stets starke Rachenerscheinungen wahrgenommen:

Die Schleimhaut ist sehr stark geröthet, glatt glänzend, wie mit Fett bestrichen, es besteht starke Reizempfindlichkeit und Neigung zu Verschlechterung bei localer Behandlung. Die Uvula ist gewöhnlich stark vergrössert, häufig ödematös. Schmerzen in der Halsmusculatur können die Diagnose stützen, ebenso die oft als Gicht aufgefasste Alveolarpyorrhoe. Uratnadeln sind direct sichtbar unter der Schleimhaut u. s. w. nachzuweisen. — Bei dem Vorhandensein an Bändern, Gelenken und Knorpeln ist die Gicht im Larynx schon beim Lebenden prägnant nachzuweisen. — Veränderungen vom einfachen Knötchen bis zu ulcerirenden Infiltraten, die an Carcinom erinnerten, nach antigichtischen Curen aber zur Ausheilung kamen, sind beobachtet worden. — Temporäre Oedeme der Cricoarytänoidgelenke sind bei Gichtanfällen nicht selten. W. SOBERNHEIM.

6) **A. Jurasz. Ueber Sklerom. (O twardzieli.)** *Gaz. lekarska. No. 36. 1912.*

Der Verf. demonstrirt den Verlauf der Krankheit und das Resultat der bakteriologischen und der anatomo-pathologischen Untersuchungen und wirft die Frage auf, warum nicht alle von diesem Leiden bedrohten oder gar bereits heimgesuchten Staaten mit ihr den Kampf begonnen haben. Der Verf. schlägt eine ganze Reihe von Einrichtungen vor, um dieser Krankheit erfolgreich zu begegnen. A. v. SOKOLOWSKI.

7) **Samuel Iglauer. Ein Skleromfall. (A case of scleroma.)** *The Laryngoscope. August 1912.*

28jährige Frau, in Russland geboren, nach Amerika eingewandert 1906, kam in Beobachtung November 1911. Der hintere obere Theil der Tonsillen bedeckt von einer grau-weisslichen Haut, die sich auf die narbigen, ebenfalls grauweissen, nach oben und hinten verzogenen hinteren Gaumenbögen fortsetzt. Das Velum ist ebenfalls nach oben und hinten verzogen, wird bei der Phonation nicht bewegt. Der Eingang vom Oropharynx in den Nasopharynx ist hochgradig verengt. Rhinoscopia posterior unmöglich. Larynx intact. Wassermann negativ.

Eine kleine Granulationsmasse von der Basis der Uvula wurde mikroskopisch untersucht; die Untersuchung bestätigte die Diagnose.

Verf. plaidirt für Maassregeln, um eine Verbreitung der Krankheit zu verhüten.

EMIL MAYER.

8) E. Hoffmann. **Ueber Primäraffecte der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle und ihre Diagnose.** *Inaug.-Dissert. Königsberg 1912.*

Wie der Titel besagt, ist in der Arbeit der Hauptwerth auf die Diagnosenstellung der Primäraffecte gelegt. Der Verf. geht zunächst auf die verschiedenen Möglichkeiten der Entstehung ein und bespricht dann nach Beschreibung der einzelnen Krankheitsformen deren differentialdiagnostische Abgrenzung gegen ähnliche Krankheitsbilder. Gelegentlich der Behandlung der diagnostischen Methoden wird die therapeutische Beeinflussung, als Diagnostik ex juvantibus, kurz gestreift und dabei auf die glänzenden Erfolge mit Ehrlich „606" hingewiesen.

ALBRECHT.

9) Lipschütz (Wien). **Mikroskopische Untersuchungen über Pemphigus chronicus.** *Arch. f. Dermatol. 111. Bd. 1912.*

Unter den 11 zu mikroskopischen Untersuchungen von Blaseninhalt, Blut (und Milzsaft) dienenden Fällen von Pemphigus chronicus befinden sich 4 Fälle, bei welchen auch an der Schleimhaut der Lippen, der Wangen, des harten und weichen Gaumens Bläschen- resp. Blaseneruptionen auftraten, während über ein Befallensein des Larynx und der Nase in keinem Falle berichtet ist.

SEIFERT.

10) M. Barinbaum. **Ueber die Lipome der oberen Luft- und Verdauungswege.** *Inaug.-Dissert. Königsberg i. P. 1911.*

Verf. berichtet über einen in der Gerber'schen Poliklinik beobachteten Fall eines 48jährigen Mannes mit einer über kirschgrossen Geschwulst, die vom weichen Gaumen etwas rechts von der Mittellinie nicht weit von der Wurzel der Uvula entsprang und der an der linken Seite noch eine etwa kirschgrosse Tochtergeschwulst aufsass. Die Geschwulst erwies sich als Lipom.

Eine Uebersicht über die in der Literatur niedergelegten Fälle von Lipomen der oberen Luftwege ergab, dass daselbst der Lieblingssitz sind: Zunge, Kehlkopf und Mandel, dann folgen Pharynx, weicher Gaumen, Trachea und Bronchien, parapharyngeales Zellgewebe, Oesophagus, Backe, Lippe, Nase und tiefe Halsschicht. Am stärksten vertreten ist das Alter von 25—60 Jahren (41,76 pCt.).

FINDER.

11) R. Cappon. **Versprengte Schilddrüsenkeime in den oberen Luftwegen.** *Dissert. Berlin 1911.*

Bei dem nur 5 Monate alten Mädchen wurden Papillome, die starke Heiserkeit und Athemnoth verursachten, endolaryngeal entfernt. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose auf Papillom, deckte aber gleichzeitig in einem subglottisch entfernten Stück Schilddrüsengewebe auf. — Es sind bis heute 22 Fälle intralaryngealer oder intratrachealer Struma veröffentlicht; die Krankengeschichten werden kurz mitgetheilt.

OPPIKOFER.

12) **Killian** (Berlin). **Ueber Schwebelaryngoskopie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 13. 1912.*

„Die Schwebelaryngoskopie ist ihrem Wesen nach eine directe Laryngoskopie, bei der der Kopf des Patienten zur Schwebe gebracht wird. Er ragt über das Ende des Operationstisches hinaus und ist am Unterkiefer und Mundboden aufgehängt. Mit seiner ganzen Schwere presst er die Zunge und eventuell auch den Kehldeckel gegen den Zungenspatel, der einen langen Stiel besitzt und an einer besonderen Aufhängevorrichtung, welche am Operationstisch angeschraubt wird, dem Galgen, aufgehängt ist.“

Schilderung der historischen Entwickelung und der mannigfachen Abänderungen und Verbesserungen, durch die das Instrumentarium zur Schwebelaryngoskopie auf den jetzigen Grad der Vollkommenheit gebracht ist. ZARNIKO.

13) **Killian** (Berlin). **Zur Schwebelaryngoskopie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 27. S. 1293. 1912.*

Vortrag und Demonstration in der Gesellschaft der Charitéärzte, im Wesentlichen desselben Inhalts, wie der bereits referirte in der Berliner medicinischen Gesellschaft gehaltene. Nur dass Vortr. hier mehr auf Einzelheiten (Skopolamin-Morphiumdämmerschlaf, Anästhesirung) eingeht und Ausblicke auf eine Erweiterung des Verfahrens (Schwebetracheoskopie) macht. ZARNIKO.

14) **Hölscher** (Berlin). **Erfahrungen mit der Schwebelaryngoskopie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 27. S. 1294. 1912.*

Bericht über 18 in der Schwebelaryngoskopie behandelte Fälle der Killianschen Klinik, aus denen die grossen Vorzüge des Verfahrens sich ergeben. Es eignet sich besonders für grosse intralaryngeale Eingriffe (Pachydermien, Papillommassen, tuberculöse Infiltrate), aber auch für kleinere, sonst schwer oder gar nicht auszuführende Operationen (kleine, ungünstig sitzende Stimmbandtumoren).

ZARNIKO.

15) **Albrecht** (Berlin). **Schwebelaryngoskopie bei Kindern.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 27. S. 1295. 1912.*

Die Schwebelaryngoskopie wird bei Kindern durch anatomische Verhältnisse begünstigt. Nachtheilig ist die Nothwendigkeit, stets allgemeine Narkose einleiten zu müssen. Papillome lassen sich mit dem Verfahren vortrefflich operiren.

ZARNIKO.

16) **Albrecht** (Berlin). **Eine Modifikation der Schwebelaryngoskopie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 28. 1912.*

Verf. hat den Killian'schen Spatel, der eine fatale Neigung zum Herausrutschen zeigte, durch Abänderung seines Aufhängepunktes derart verbessert, dass er nunmehr festliegt. Abbildung. ZARNIKO.

17) **W. Albrecht** (Berlin). **Ein neuer Spatel zur Schwebelaryngoskopie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 44. 1912.*

Weitere Verbesserung des Instruments. Der Spatel drückt auf den Zungen-

grund, die Epiglottis wird durch eine besondere am Mundtheil des Spatels vorschiebbare Leiste besonders fixirt. Weitere Einzelheiten ohne Abbildungen nicht zu referiren.

ZARNIKO.

18) **Chevalier Jackson. Endoskopie des Kehlkopfs, der Bronchien und des Oesophagus. (Laryngeal, bronchial and esophageal endoscopy.)** *The Laryngoscope. Mai 1912.*

Verf. empfiehlt die von Richard H. Johnston empfohlene (The Laryngoscope, Dec. 1910 ref. Centralblatt, 1911, S. 334) grade Körperhaltung. Bei einem Kinde, das wegen Wirbelsäulentuberculose einen Bradford'schen Stützapparat trug und bei dem wegen anfallsweise auftretender Athemnoth eine Kehlkopfuntersuchung nöthig wurde, konnte auf diese Weise ohne Anwendung eines allgemeinen oder localen Anästheticums ohne jede Schwierigkeit und ohne dass dem Kinde die geringsten Schmerzen verursacht wurden, eine Untersuchung des Larynx ermöglicht werden.

EMIL MAYER.

19) **Thomas Guthrie. Zwölf Fälle von Fremdkörpern im Kehlkopf und Speiseröhre. (Twelve cases of foreign body in the larynx and oesophagus.)** *Liverpool medico-chirurg. journ. Juli 1912.*

Entfernung einer verrosteten Nadel aus der linken ary-epiglottischen Falte unter Leitung des Spiegels.

Eine in der hinteren Pharynxwand bei einem 11jährigen Mädchen eingespiesste Nadel konnte auf indirectem Wege nicht entfernt werden; die Entfernung gelang auf directem Wege.

Ein flaches Knochenstück $2^1/_2$ mal 2 cm Umfang war 3 Wochen lang in der Glottis eines erwachsenen Mannes eingekeilt: Heiserkeit, jedoch keine Dyspnoe. Entfernung mittelst indirecter Methode.

Von vier Fällen von Einkeilung von Zahnplatten im Oesophagus konnte nur in zwei die Entfernung durch das Oesophagoskop geschehen, in den anderen beiden wurde mit Erfolg die Oesophagotomie gemacht.

Beim Versuch, ein Halbpennystück aus der Speiseröhre eines 4jährigen Kindes mit dem Münzenfänger zu entfernen, wurde der Fremdkörper unter die Schleimhaut gestossen, es musste erst unter Leitung des Oesophagoskops die Schleimhaut durchtrennt werden, um die Münze entfernen zu können.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Kehlkopf Erwachsener die indirecte Methode vorzuziehen ist, sonst aber besser die directe Methode anzuwenden ist.

JOHN WRIGHT.

20) **Edmund Meyer** (Berlin). **Fremdkörper und Röntgenbilder von Fremdkörpern in Bronchien und Oesophagus.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 20. S. 955. 1912.*

Demonstration von vier Fremdkörpern (Bleistiftknopf, Nagel, Münze, Metallknopf), die Vortragender aus den Bronchien, und eines Metallringes, den er aus dem Oesophagus extrahirt hatte, in der Berliner medicinischen Gesellschaft.

ZARNIKO.

21) **Georg Glücksmann** (Berlin). **Neuere Erfahrungen über Fremdkörperextraction aus den oberen Luft- und Speisewegen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1912.*

6 Fälle von Fremdkörpern der Speiseröhre, die theils durch oesophagoskopische Extraction, theils durch Hinabstossen in den Magen entfernt wurden. Ein Fremdkörper (Bleistiftstück), der im Bronchialbaum seinen Sitz gewechselt hatte und den Verf. schliesslich unter Controle der Röntgenstrahlen extrahirte. Verf. empfiehlt, bei Fremdkörpern Ruhe zu bewahren und möglichst wenige Instrumente zu benutzen.

ZARNIKO.

b) Nase und Nasenrachenraum.

22) **L. Neufeld** (Posen). **Ozaena, chronische Diphtherie und Rachendiphtheroid.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 9. 1912.*

Eine im Wesentlichen bakteriologische Arbeit. Verf. hat 14 Fälle von Ozaena und 7 von Rhinit. atroph. non foetida bakteriologisch untersucht. Er fand in sämmtlichen Fällen von Ozaena und in 5 Fällen von einfacher atrophischer Rhinitis einen diphtherieähnlichen Bacillus, der für Meerschweinchen avirulent war, auch auf keine Weise virulent gemacht werden konnte und den Verf. deshalb den Pseudodiphtheriebacillen zurechnet. Ausführliche Literatur.

ZARNIKO.

23) **Frederic C. Cobb** und **E. W. Nagel. Rhinitis atrophicans und deren Vaccinebehandlung. (Atrophic rhinitis and its treatment by vaccines.)** *Annals of otol., rhinol. and laryngol. Juni 1912.*

Es wurden in 90 Fällen nach vorhergehender Desinfection des Naseneingangs Culturen angelegt. Alle ergaben Reinculturen des Bacillus atrophicans. In jedem Fall war erfolglose Localbehandlung vorausgegangen.

40 Patienten wurden mit Vaccine behandelt; sie empfingen von 4 bis 56 Einspritzungen; es kamen jedoch nur 20 in den gewünschten Zeitabständen. Unangenehme Erscheinungen wurden von der Vaccinebehandlung nicht bemerkt. In allen Fällen, in denen die Einspritzungen regelmässig gemacht wurden, war eine deutliche Besserung zu constatiren; selbst bei einer kleinen Zahl unregelmässig ausgeführter Einspritzungen blieb eine Besserung nicht aus. Was die Stärke der Vaccine betrifft, so soll 1 ccm 100 Millionen Bakterien enthalten; die Dosis schwankt von $^{1}/_{10}$ ccm bis $1^{1}/_{2}$ ccm.

EMIL MAYER.

24) **Robert Pullein. Ozaena.** *Australasian medical gazette. 1912.*

Dem Verf. hat sich am meisten die Implantation von festen Paraffinstücken unter die Schleimhaut bewährt. Wie bei der Septumresection werden Mucoperichondrium und Mucoperiost abgelöst und zugeschnittene Paraffinstücke eingelegt und die Wunde vernäht. Folgende Regeln müssen befolgt werden: Die implantirte Paraffinmasse darf nicht zu gross sein; die Incision muss in der Haut und nicht in der Schleimhaut oder dem Rande zwischen Haut und Schleimhaut angelegt werden, das vordere Ende des implantirten Stückes darf nicht bis an die Hautwunde reichen und so Spannung an den Nähten verursachen; die Wunde

muss accurat geschlossen werden; bei Perforation der Schleimhaut ist das Verfahren nutzlos.

A. J. BRADY.

25) **Lagarde. Ozaena und Milchsäureferment. (Ozène et ferment lactique.)** *Soc. de méd. de Paris. 22. März 1912.*

Verf. verordnet häufige Prisen von Acid. lact. in Pulverform und erzielt damit gute Resultate.

GONTIER DE LA ROCHE.

26) **Richter** (Plauen i. V.). **Beitrag zur Behandlung der Ozaena.** *Zeitschr. für Laryng. Bd. 5. S. 609. 1912.*

Verf. eröffnet bei der Ozaena das Siebbein und die Keilbeinhöhle und tamponirt dann während mehrerer Wochen alle zwei Tage Siebbein — Keilbeinhöhle — Fissura olfactoria. Wenn möglich, wird Patient in die Klinik aufgenommen.

Wenn auch im Allgemeinen gewünscht wird, dass Referate möglichst objectiv gehalten werden, so muss doch hier Referent gegen diese übrigens nicht neue Art der Behandlung der Ozaena als zum Mindesten nutzlos protestiren, dies namentlich deshalb, weil Verf. am Ende seiner Arbeit schreibt, dass die weiteren Generationen von Patienten und Specialisten zu dieser Art der Ozaenabehandlung erzogen werden müssen.

OPPIKOFER.

27) **G. Fidao. Ueber das Ulcus perforans der Nase. (Contribution à l'étude de l'ulcère perforant nasal.)** *Dissert. Paris 1910.*

Verf. berücksichtigt in seiner Arbeit ausschliesslich die bei Chromsäurearbeitern vorkommenden Perforationen der knorpeligen Nasenscheidewand. Die Septumperforationen in Folge der gewöhnlichen Rhinitis sicca anterior werden nicht erwähnt.

Das Tragen einer Maske ist den Chromsäurearbeitern anzuempfehlen; doch wird dieselbe von den Arbeitern nur ungern und deshalb nicht regelmässig angewendet.

OPPIKOFER.

28) **O. Wolff. Beiträge zur Lehre von dem Chromatgeschwür der Nase.** *Dissert. Würzburg 1910.*

Die 64 Chromarbeiter der chemischen Fabrik Griesheim wurde auf ihren Allgemeinzustand, auf den Eiweissgehalt und zum Theil Chromgehalt des Harns, auf Hautgeschwüre und endlich auf ihren Nasenbefund untersucht. Unter diesen 64 Arbeitern bestand ein Geschwür an der knorpeligen Nasenscheidewand bei allen bis auf einen; dieser einzige hatte wohl deshalb kein Geschwür, weil bei ihm in Folge beidseitiger Polyposis nasi die Nasenathmung verlegt war. In 47 Fällen hatte das Ulcus zur Perforation geführt, und zwar in 26 Fällen bereits 1—6 Monate nach Eintritt in den Betrieb. Da das Chromatgeschwür und die Perforation die Arbeiter meist nicht belästigen, so wird die von der Fabrik empfohlene prophylactische Maassnahme (Verstopfen der Nase mit Watte) meist nicht befolgt, dagegen mit um so grösserer Liebe dem Schnupftabak gehuldigt.

OPPIKOFER.

29) **J. Szmurto. Ein Fall von Lymphangioma fibromatodes der Nasenscheidewand. (Przypadek chłoniaka przegrody nosowej.)** *Gaz. lek. No. 35. 1912.*

Es ist dies der neunte, genau untersuchte und in der Literatur beschriebene Fall dieser Krankheit. Der Verf. beschreibt genau die Operation und das Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung. A. v. SOKOLOWSKI.

30) **Otto Hildebrand** (Berlin). **Plastischer Ersatz des Nasenseptums.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 30. 1911.*

Verf. hat 2 Fällen, in denen das gesammte Septum zerstört war, durch Implantation eines aus der Stirn genommenen Hautperiostknochenlappens zu befriedigendem Aussehen verholfen. ZARNIKO.

31) **Edward F. Garragham. Die L-förmige Incision bei der submucösen Resection der Nasenscheidewand. (The L-Incision in the submucous resection of the nasal septum.)** *The Laryngoscope. Mai 1912.*

Verf. empfiehlt als die schmerzloseste und bequemste Methode die Bildung eines L-förmigen Schleimhautlappens mittelst einer L-förmigen Incision.

EMIL MAYER.

32) **A. Morgan MacWhinnie. Schnelles und sicheres Verfahren der submucösen Resection von Nasenverbiegungen nebst Demonstration einer neuen Septumzange. (A safe and rapid procedure of the deflected septum with presentation of a new septal forceps.)** *The Laryngoscope. November 1911.*

Die hauptsächlichste Modification des Verf. besteht darin, dass er den verticalen Schleimhautschnitt bis über die Hälfte des Nasenbodens verlängert; auf diese Weise ist die Entfernung der so oft hypertrophischen Crista nasalis leichter.

EMIL MAYER.

33) **O. A. Lothrop. Naht nach der submucösen Septumresection. (Suturing after submucous resection of the nasal septum.)** *Medical record. 13. April 1912.*

Verf. verwirft die Anwendung von Tampons nach der submucösen Resection, da solche dem Patienten Unbequemlichkeiten verursachen und zu einer Secretretention führen können. Er näht so, dass er einen Catgutfaden an einer Seite der Nase durch beide Schleimhautblätter hindurchführt, die Enden des Fadens werden lose vorn über dem häutigen Septum geknüpft. Solche Nähte werden nach Bedarf mehrere angelegt. EMIL MAYER.

34) **Brunzlow** (Posen). **Die Darstellung der Nasennebenhöhlen und ihrer Erkrankungen im Röntgenbilde.** *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. XVII. 1911.*

Verf. zeigt an der Hand einiger Röntgenbilder deren Werth für die schnelle und erschöpfende Orientirung über Sitz und Ausdehnung der Erkrankung.

Verf. macht auf eine Art Marmorirung der Kieferhöhlen aufmerksam, die durch sich abwechselnde hellere und dunklere Abschnitte entsteht. Da gewöhnlich die Probespülung solcher Höhlen kein Secret zu Tage förderte, die Anamnese jedoch häufig auf frühere Erkrankung hinweist oder doch andere Höhlen erkrankt

gefunden werden, glaubt Verf. in der Marmorirung einen Hinweis auf eine abgelaufene Erkrankung finden zu können. W. SOBERNHEIM.

35) **Ino Kubo** (Fukuoka, Japan). **Ueber die supraturbinale Eröffnung bei Sinusitis maxillaris chronica.** *Fränkel's Arch. f. Laryng. Bd. 26. H. 2. 1912.*

Verf. übt bei chronischem Kieferhöhlenempyem die Eröffnung der Höhle vom mittleren Nasengang mittelst eines zu diesem Zwecke construirten, seitlich schneidenden Instrumentes, das ein Mittelding zwischen Hartmann's Conchotom und Killian's Doppelcürette darstellt, welche Instrumente ebenfalls zur Anwendung gelangen.

In Folge der ausgedehnten Weichtheile des mittleren Nasenganges ist es dort leichter, eine grössere Oeffnung anzulegen und offen zu erhalten, als im unteren Nasengang. Abgesehen von anderen Nachtheilen, die die von Siebenmann 1898 angegebene Eröffnung der Nasenfontanelle mit dem kleinen Finger darbietet, ist es bei starker Ausbildung der Verbindung zwischen Processus uncinatus und Processus ethmoidalis der unteren Muschel nur möglich, instrumentell vorzugehen. Die Oeffnung soll 2 cm in der Länge und 1,5 cm in der Höhe betragen. Verf. hatte mit dieser Methode bald gute Resultate, bald musste er zur Radicaloperation nach Luc-Caldwell übergehen. W. SOBERNHEIM.

36) **Haike** (Berlin). **Beiträge zur Pathologie der Nasennebenhöhlen. II. Zur Klinik und Pathologie der Kiefercysten.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Path. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. VI. S. 5. 1912.*

Verf. hatte in den letzten drei Jahren Gelegenheit, 6 Kiefercysten zu beobachten; 5 derselben kamen zur Operation. Diagnose und Therapie werden besprochen und der mikroskopische Befund der Cystenwand (Bindegewebe und Plattenepithel, einmal auch Cylinderepithel) mitgeteilt. Die zahlreichen Spalten verschiedener Form, die Verf. in einer der Cystenwände fand und auf S. 13 bespricht, sind, nach der Abbildung Fig. 4 zu schliessen, wohl nichts anderes als Cholestearinkrystalle.

2 Röntgenbilder und 4 mikroskopische Abbildungen ergänzen die Arbeit.

OPPIKOFER.

37) **E. G. Seibert. Die Entwicklung des Oberkiefers. (The superior maxilla. A discussion of its proper development.)** *Annals of otol., rhinol. and laryng. März 1912.*

Verf. gelangt im Verlauf seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Normale Nasenathmung wird einzig erreicht durch richtige seitliche Entwickelung des Oberkiefers, d. h. seiner Processus palatini.

2. Diese Entwickelung wird verzögert durch solche Factoren, die die Nasenathmung behindern.

3. Bei dieser abnormen Entwickelung kann die Form der Knochen verändert und ihre Beziehungen zu den angrenzenden Gebilden mitbetroffen werden.

4. Durch diese Veränderungen kann die Richtung und das Lumen der diese Knochen durchbohrenden Nervenkanäle verändert werden, es kann dadurch ein

Druck auf deren Inhalt ausgeübt, Veränderungen der Function und Reflexphänomene herbeigeführt werden.

5. Kein Kind ist zu jung, als dass man nicht die Ursachen für behinderte Nasenathmung beseitigen könnte.

6. Wenn Entwickelungsabnormitäten vorliegen, so bietet wahrscheinlich orthopädische Behandlung des Kiefers die besten Resultate. EMIL MAYER.

38) **R. Goldmann** (Iglau). **Ein Fall von latenter Eiterung des Alveolarfortsatzes unter dem Bilde eines chronischen Kieferhöhlenempyems.** *Monatsschr. für Ohrenheilkd. Bd. 46. S. 1001. 1912.*

Die Erkrankung betrifft den Autor selbst und wird aufgefasst als eine Osteomyelitis des Alveolarfortsatzes mit Communication der Abscesshöhle gegen den Sinus maxillaris. Die Möglichkeit, dass es sich doch nur um eine einfache Kieferhöhleneiterung handelte, die spontan ausheilte und überhaupt von dem über der Zahnwurzel liegenden Abscess unabhängig war, wird nicht in Betracht gezogen.

OPPIKOFER.

39) **Lamothe. Die akute nekrotisirende Kieferhöhleneiterung nach Influenza. (Des sinusites maxillaires aigues grippales, nécrosantes.)** *Dissert. Bordeaux 1911.*

Verf. theilt einen Fall von acuter nekrotisirender Kieferhöhleneiterung im Anschluss an Influenza aus der Klinik von Moure mit: Bei der 32 Jahre alten Patientin entwickelte sich neben den gewöhnlichen Symptomen der acuten Nebenhöhleneiterung ungefähr nach 2 Wochen ein Abscess am Boden der Orbita, der eröffnet wurde und fötid roch. In den folgenden Wochen Ausschneuzen von zwei grossen Sequestern. Heilung. OPPIKOFER.

40) **Ad. Blumenthal** (Berlin). **Ausgedehnte Oberkiefernekrose nach dentalem Kieferhöhlenempyem.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 14. 1911.*

Ausgedehnte Oberkiefernekrose, offenbar durch Vernachlässigung eines dentalen Empyems begünstigt. Nach Entfernung des todten Knochens war die Höhle oben von den Weichtheilen der Orbita, unten zum Theil nur von der oralen Weichtheilbedeckung des harten Gaumens begrenzt, hinten führte sie zur Fossa pterygopalatina, vorn in die Mundhöhle. Lateral und medial war der Oberkieferknochen dort gesund geblieben, wo er nicht direct die Wand der Kieferhöhle bildete. ZARNIKO.

41) **Ross Hall Skillern. Mittheilung eines Falles, in dem eine neue intranasale Operation wegen chronischer Oberkieferhöhleneiterung ausgeführt wurde. (Demonstration of a case upon which a new intranasal operation was performed for chronic maxillary sinusitis.)** *The Laryngoscope. Mai 1912.*

Eine Incision wird vor dem Ansatz der unteren Muschel gemacht und nach unten zum Boden geführt. Die Schleimhaut wird vor der unteren Muschel und hinter ihr von der seitlichen Nasenwand abgelöst, ebenso das Gewebe von der facialen Seite der Apertura pyriformis, von hier wird eine grosse Oeffnung in die

Höhle angelegt. Die Höhle kann in ganzer Ausdehnung überblickt und curettirt werden. Der Vortheil besteht darin, dass von der unteren Muschel nichts entfernt wird und man einen bequemen Ueberblick über die ganze Höhle erlangt.

EMIL MAYER.

42) **W. Krueger. Ueber die endonasale Behandlung chronischer Kieferhöhlenempyeme.** *Dissert. Greifswald 1910.*

In der Poliklinik zu Greifswald (Prof. Lange) wird die chronisch eiternde Kieferhöhle mit Vorliebe vom unteren Nasengange aus eröffnet, nach Resection des vorderen Drittels der unteren Muschel; Schonen der Kieferhöhlenschleimhaut. Unter 20 operirten Kieferhöhlen 19 Heilungen.

OPPIKOFER.

43) **Frank Coleman. Fistel des Antrum; Verschluss durch Knochenlappen. (Fistula of the antrum closed by sliding bone flaps.)** *The Brit. journ. of dental science. 15. Januar 1912.*

Die Antrumfistel war die Folge einer Extraction des zweiten linken oberen Molaren. Acht Monate später wurde die Fistel mit Erfolg geschlossen durch Loslösung von die Oeffnung umgebenden Knochen, die gegeneinander gepresst wurden. Die Schleimhaut wurde durch Naht geschlossen.

A. J. WRIGHT.

44) **Wolff Freudenthal. Fall von Cylinderzellenepitheliom der Highmorshöhle; 16 Monate nach Radiumbehandlung kein Recidiv. (Case of columnar celled epithelioma of the antrum; sixteen months after treatment with radium no recurrence.)** *The Laryngoscope. März 1912.*

Es ist noch ein kleiner Rest der Geschwulst vorhanden, der aber völlig stationär und in den letzten 16 Monaten nicht gewachsen ist. Das Allgemeinbefinden hat sich gebessert.

EMIL MAYER.

45) **G. Alagna. Ueber einen eigenthümlichen Fall von Peritheliom des Oberkiefers mit Befallensein beider Nasenhöhlen. (Sopra un caso di perithelioma del mascellare con invasione delle due cavità nasali.)** *La pratica oto-rino-laringoiatrica. No. 7. 1912.*

56jähriger Mann. Beim Abziehen der Oberlippe sieht man auf der rechten Seite eine ungefähr mandarinengrosse Anschwellung, welche die hintere Hälfte des Alveolarfortsatzes, die Tuberositas maxillaris, die Fossa canina und fast die rechte Hälfte des harten Gaumens einnimmt. Beide Nasenhälften sind verlegt von einer Anschwellung, die von der lateralen Nasenwand und dem Nasenboden nicht zu trennen ist; auch die rechte und etwas weniger die linke Choane zeigen sich bei der Rhinoscopia posterior durch Tumormasse verlegt; diese Tumormassen pulsiren lebhaft. Patient wurde, da er keine Radicaloperation vornehmen lassen wollte, einer elektrolytischen Behandlung unterzogen; nach den ersten Sitzungen war eine erhebliche Abnahme in dem Volumen des Tumors und später auch der Pulsation zu constatiren; dann blieb der Befund stabil. Nach 5 Monaten entzog sich Patient der Behandlung, um sich einer Röntgenbestrahlung zu unterziehen.

Die mikroskopische Untersuchung von excidirten Stückchen, die sehr detaillirt geschildert wird, ergab ein „Perithelioma papillo-alveolo-cylindromatosum“.

FINDER.

46) **E. F. Reamer. Angiome der Highmorshöhle. (Angiomata of antrum of Highmor.)** *Journal-Lancet. Januar 1912.*

Verf. beschreibt einen Fall und giebt die Operationsgeschichte. Trotz wiederholter Recidive, die weitere Eingriffe nothwendig machten, betrachtet Verf. den Tumor als gutartig. EMIL MAYER.

47) **Fallas. Eine Kugel in der Highmorshöhle. (Une balle dans le sinus maxillaire.)** *XVI. Congrès flamand des sciences naturelles et médicales. Löwen 21. bis 23. September 1912.*

Das Geschoss durchbohrte die ganze seitliche Rachenwand, ohne daselbst eine schwere Verletzung zu machen; an der Stelle, wo es durchgetreten war — obere Grenze der Mandel — bildete sich ein Abscess. Es bestand Communication zwischen Sinus, Nase und Mundhöhle. Infection. Extraction des Geschosses durch die Fossa canina. Plastik der Höhle. PARMENTIER.

48) **Lawner** (Klinik Chiari, Wien). **Ueber die Entfernung von Fremdkörpern aus der Kieferhöhle.** *Wiener med. Wochenschr. No. 25. 1912.*

Drainrohr 2 Jahre lang symptomlos in einer seiner Zeit vom Alveolarfortsatz eröffneten Kieferhöhle. Plötzliches Auftreten einer heftigen Antritis. Pat. gab an, dass ein ca. 7 cm langes Drain ihr vor 2 Jahren in die Höhle glitt. Eröffnung des Antrums von der Nase aus (modificirte Mikulicz'sche Methode) und von da leichte Entfernung des Drains aus der Höhle. HANSZEL.

49) **Réthi** (Wien). **Die Entfernung von Fremdkörpern aus der Kieferhöhle von der Nase her.** *Wiener med. Wochenschr. No. 29. 1912.*

Verf. empfiehlt in solchen Fällen, die Oeffnung nicht nur auf den unteren Nasengang zu beschränken, sondern auch über den mittleren Nasengang zu erstrecken. Der Eingriff ist in einigen Minuten in Localanästhesie ausgeführt und hat Verf. schon wiederholt auf die Vortheile einer grösseren Oeffnung hingewiesen. HANSZEL.

c) Mundrachenhöhle.

50) **Purjesz** und **Perl** (Kolozsvár). **Ueber das Vorkommen der Typhusbacillen in der Mundhöhle bei Typhuskranken.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 40. 1912.*

Den Verff. gelang es, im febrilen Stadium bei Typhuskranken in mehr als der Hälfte der untersuchten Fälle sowohl von den Tonsillen als von den Zähnen im gleichen Verhältnis, in der Reconvalescenz von den Zähnen in 50 pCt. und von den Tonsillen in 20 pCt. Typhusbacillen rein zu züchten. HANSZEL.

51) **Robert H. Joy. Leukoplakia buccalis nebst Bericht über 3 Fälle. (Leukoplakia buccalis with report of three cases.)** *New York medical journal. 13. April 1912.*

Verf. spricht sich gegen die Annahme einer Beziehung der Leukoplakie zur Syphilis aus, und zwar aus folgenden Gründen:

Das Fehlen irgend welcher gegenwärtigen oder früheren Zeichen von Syphilis und von einer auf Syphilis hinweisenden Anamnese; das Versagen jeder antisyphilitischen Therapie; der negative Ausfall der Wassermann'schen Reaction.

EMIL MAYER.

52) **P. Reclus. Sur trois observations d'angine de Ludwig.** *Presse médicale. No. 42. 1912.*

Die drei Krankengeschichten werden mitgetheilt. Die Bezeichnung Angina Ludowici ist falsch, da es sich 1. nicht um eine Angina handelt, 2. die Krankheit 1830, also 6 Jahre vor Ludwig, von Gensoul beschrieben worden ist. Klinisch ist wichtig, dass manchmal die Krankheit einen stürmischen Verlauf haben kann, auch wenn bei der Inspection nicht das leiseste verdächtige Zeichen existirt. Sobald daher mit Sicherheit feststeht, dass der Zungenboden Sitz einer Entzündung ist, muss chirurgisch vorgegangen werden. Unter keinen Umstanden darf Chloroform gegeben werden, sondern es muss immer unter localer Anästhesie operirt werden. Die Eröffnung erfolgt mit dem Thermocauter. Die Nachbehandlung besteht in Pinselung mit Jodtinctur.

LAUTMANN.

53) **F. Fleischer** (Berlin). **Streptomycosis oralis febrilis.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 48. 1911.*

In einer Reihe von Fällen beobachtete Verf. zarte, leicht abwischbare Beläge am Zahnfleisch (einmal auch an den Gaumenbögen) fiebernder Patienten, nach deren Entfernung (durch Abwischen und milde Desinfection) das Fieber aufhörte. Verf. ist deshalb geneigt, die Beläge als das Primäre anzusehen.

ZARNIKO.

54) **Wrede** (Jena). **Immediatprothesen bei halbseitiger Exarticulation des Unterkiefers.** *Correspondenzbl. d. allgem. ärztl. Vereins v. Thüringen. No. 8. 1912.*

Bei einer 52jährigen Frau, bei welcher der Unterkiefer bis zum ersten Prämolaren exarticulirt worden war, wurde der Kieferdefect nach Garré durch eine Drahtschlinge aus starkem Silberdraht ergänzt. Sehr brauchbares functionelles Resultat.

SEIFERT.

55) **Toubert. Beitrag zum Studium der Fremdkörper im Hals: die Blutegel im Pharynx. (Contribution à l'étude des corps étrangers de la gorge: les sangsues du pharynx.)** *Arch. internat. de laryngol. No. 3. 1912.*

Die Blutegel im Kehlkopf sind auf das Genaueste von Charasse in Archives de Médecine et de Pharmacie militaires 1893, tome XXI, behandelt worden. Verf. beschäftigt sich nur mit den Blutegeln des Pharynx. Es wird als Seltenheit ein Fall von Blutegel in der Nasenhöhle mitgetheilt, ferner zwei andere, wo der Blutegel im Nasopharynx, zwei, wo er im Oro- und eine, wo sie im Hypopharynx steckte. Die Symptomatologie und die Extraction sind einfach.

LAUTMANN

56) **Huber** (Linz). **Fremdkörper des Pharynx.** Verein der Aerzte in Oberösterreich, Sitzung vom 13. Juni 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1912.*

Demonstration einer „Pfeifenspitze“, die aus einer Abscesshöhle hinter der

Mandel bei einem Manne entfernt wurde. Der Pat. dürfte sich den Fremdkörper bei einem Schlaganfall vor zwei Jahren eingestossen haben und hatte von seinem Vorhandensein keine Ahnung. HANSZEL.

57) **Ciro Caldera. Untersuchungen über die Physiologie der Gaumentonsillen. (Ricerche sulla fisiologia delle tonsille palatine.)** *Turin. Rosenberg und Sellier. 1913.*

Diese 70 Seiten umfassende Monographie enthält das Ergebniss einer grossen Reihe von experimentellen Untersuchungen des Verf. Nach kurzen Vorbemerkungen über die Anatomie der Tonsillen und einer historisch-kritischen Betrachtung derjenigen Arbeiten, die bisher die Physiologie der Tonsillen zum Gegenstand hatten, geht Verf. zu seinen eigenen Untersuchungen über, die er mit einem von frisch geschlachteten Rindern erlangten Material ausführte. Die Tonsillen wurden sorgfältig isolirt in einem Mörser mit Glassand fein gerieben bis zur Bildung eines gleichartigen Breis, dann nach 24stündiger Maceration in steriler physiologischer Kochsalzlösung durch Papier und dann durch einen Berkefeldtrichter unter Luftdruck filtrirt. Die Untersuchungen wurden im hygienischen, sowie im physiologischen Institut, sowie in der otorhinolaryngiatrischen Klinik der Universität mit allen Cautelen für die Vermeidung von Fehlerquellen ausgeführt. Wir müssen uns hier darauf beschränken, die Resultate der Untersuchungen mitzutheilen:

1. Die auf endovenösem Wege injicirten Tonsillarextracte sind für die Versuchsthiere nicht giftig.

2. Die Tonsillarextracte wirken auf die Zusammensetzung des Blutes, indem sie die Leukocyten anregen, während eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen oder eine hämolytische Wirkung nicht nachweisbar ist.

3. Die Tonsillarextracte haben keine abschwächende oder abtödtende Wirkung auf die Bakterien; im Gegentheil bilden sie bei steriler Zubereitung einen günstigen Näkrboden.

4. Die Tonsillarextracte sind auf keine Weise im Stande, in vitro die Toxine zu neutralisiren; ebenso wenig vermehren sie beim Thiere die Widerstandsfähigkeit gegen Toxinwirkung.

5. Die Tonsillarextracte wirken in keiner Weise auf das Herz-Gefässsystem; nur dann, wenn sie nicht durch das Berkefeldfilter gegangen sind oder durch ein grossporiges Filter filtrirt sind, bewirken sie Erscheinungen von verminderter Spannung, die auf die in ihnen enthaltenen, durch den Filter nicht zurückgehaltenen Nucleoproteide zurückzuführen sind.

6. Das mit activen Leukocyten in Berührung gebrachte Tonsillarextract verändert die phagocytären Eigenschaften jener nicht.

7. Die Tonsillen bieten keinen leichten Weg für das Eindringen von Bacterien und Formelementen überhaupt, die auf ihrer Oberfläche deponirt werden; andererseits scheinen sie aber auch keine wahren Schutzorgane zu bilden, d. h. den Infectionen einen besonderen Widerstand zu bieten.

8. Die Thierexperimente sowie die klinischen Erfahrungen zeigen, dass die Tonsillen als einfache lymphatische Organe aufzufassen sind, denen keinerlei innere Secretion zukommt.

9. Die Tonsillarextracte haben keine Complement- oder Anticomplementwirkung.

10. Sie enthalten keine tryptischen Fermente.

11. Untersuchungen an Tieren, die bei der Geburt tonsillectomirt waren und in ihrer Entwicklung biologisch und anatomo-pathologisch untersucht wurden, zeigten, dass den Tonsillen keine Einwirkung auf den Organismus zukommt.

Aus den Ergebnissen seiner Untersuchungen zieht Verf. für die Praxis die Folgerung, dass die Tonsillen wie alle normal functionirenden Organe des Körpers respectirt zu werden verdienen, dass man aber andererseits kein Bedenken zu tragen braucht, sie zu entfernen, wenn sie pathologisch verändert sind.

CALAMIDA.

58) **E. Lautenschläger** (Frankfurt a. M.). **Ein Fall von positiver Wassermannscher Reaction bei Sarkom.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 2. 1912.*

Bei einer 25jährigen Virgo wurde in Folge positiven Ausfalls der Wassermann'schen Reaction eine Salvarsancur vorgenommen, die den taubeneigrossen, oberflächlich ulcerirten Mandeltumor bis auf Kirschkerngrösse zur Rückbildung brachte. Ein trotz wiederholter Injectionen auftretendes Recidiv zeigte typisch polymorphzelliges Sarkomgewebe. Nach radicaler Entfernung ist kein Recidiv aufgetreten, auch die Wassermann'sche Reaction wurde negativ.

W. SOBERNHEIM.

59) **Watry** (Namur). **Mundhöhle, Angina und Zahncaries. (Bouche, angine et carie dentaire.)** *La médecine el l'hygiène. No. 12. 1912.*

Die Zahncaries ist einer der hauptsächlichsten ätiologischen Factoren für die acuten Anginen; sie fand sich bei ca. 95 pCt. aller Fälle. PARMENTIER.

60) **Galipsky** (Petersburg). **Angina gangraenosa.** *Wutnik uschnuich a goilownich bolesni 1911.*

Die Angina gangraenosa kommt sowohl primär, wie als Complication bei schweren Formen von Diphtherie, Scharlach, Pocken, Masern, Typhus und anderen Infectionen vor, letztere besonders bei Kindern im Alter von 3—6 Jahren; sie besteht in einer Gangrän der Schleimhaut des Gaumens, die entweder auf diesen beschränkt bleibt oder sich auf Lippen, Wangen, Zahnfleisch, Zungengrund, Kehlkopf und Speiseröhre verbreitet. Die Maxillardrüsen sind vergrössert; typisch ist der faulige Geruch aus dem Munde. In schweren Fällen bietet die Krankheit das Bild der Sepsis. Die Mortalität beträgt etwa 50 pCt. Der Tod tritt nach 5 Tagen bis 3 Wochen ein.

Bei dem hier mitgetheilten Fall eines 28jährigen Mannes waren folgende Erscheinungen vorhanden: Scheusslicher Foetor ex ore; Zerfall der rechten Tonsille, auch der vordere und hintere Gaumenbogen, sowie der Zungengrund afficirt. Drüsen nicht vergrössert. Puls 120. Therapie: Pinselungen mit 5proc. Parachlorphenol, Wasserstoffsuperoxyd. Zur Unterstützung der Herzthätigkeit Campher. Unter dieser Behandlung liess der Fötor nach, die Geschwüre reinigten sich, jedoch blieb der Allgemeinzustand derselbe und Pat. starb nach 10 Tagen. Sectionsbefund: Herzdegeneration, acute Nephritis. Es ergab sich, dass die Geschwüre auf

der Tonsille und am Zungengrund vernarbt waren. Die bei Lebzeiten vorgenommene bakteriologische Untersuchung ergab massenhafte Anwesenheit von Diplokokken.

SCHNEIDER (MOSKAU).

61) **J. D. Rolleston. Angina gangraenosa. (Gangrenous angina.)** *The Antiseptic. October 1912.*

Was die Häufigkeit der Erkrankung anbelangt, so giebt Verf. an, dass in den „Metropolitan Asylums Board Hospitals" von 8444 Fällen, die als Diphtherie bezeichnet worden waren, sich aber nachträglich als irgend welche Form von Tonsillitis herausstellten, 58 tödtlich verliefen, von denen 6 als „septische Tonsillitis", 3 als „Angina Vincenti" und die übrigen als „Angina" bezeichnet werden. Die primäre Form kommt am häufigsten bei erwachsenen Männern, die secundäre als Complication anderer Infectionen bei Kindern vor. Verf. giebt dann eine Beschreibung der klinischen Symptomatologie, bespricht die Differentialdiagnose gegenüber Diphtherie und Angina Vincenti und die Behandlung, wobei er anregt, Versuche mit Salvarsan zu machen.

FINDER.

62) **S. P. Slindas. Vaccinebehandlung der acuten Pneumokokkenangina. (Vaccine treatment of acute pneumococcal tonsillitis.)** *Lancet. 26. October 1912.*

Bei einem 37jährigen Manne entstand im Anschluss an eine Wunde der Tonsille eine Angina auf der verletzten Seite mit Schwellung, Schmerzen, Fieber, allgemeiner Abgeschlagenheit. Von der Tonsille erhielt man eine Reincultur von Pneumokokken. Heilung erfolgte innerhalb einer Woche, nachdem zuerst eine Einspritzung von 12 Millionen Pneumokokken einer käuflichen Vaccine und dann 3 Tage später 15 Millionen einer Autovaccine injicirt waren.

JOHN WRIGHT.

63) **Cheval. Hypertrophie der Mandeln. (Hypertrophie des amygdales.)** *Journ. méd. de Bruxelles. No. 44. 31. October 1912.*

Eine ausgezeichnete Monographie über den Gegenstand, mit besonderer Berücksichtigung der operativen Behandlung und der eventuellen Complicationen einer solchen.

PARMENTIER.

64) **George Fetterolf. Die Anatomie und die anatomischen Beziehungen der Tonsille im gehärteten Körper nebst besonderer Berücksichtigung der Plica triangularis. Die hierauf begründeten Grundsätze bei Ausführung der Tonsillenenucleation. (The anatomy and relations of the tonsil in the hardened body, with special reference to the proper conception of the plica triangularis. The principles and practice of tonsil enucleation as based thereon.)** *Americ. journ. of med. sciences. Juli 1912.*

Anatomisch und klinisch ist die Plica triangularis mehr als eine Schleimhautfalte. Sie kann definirt werden als diejenige Portion der Tonsillenkapsel, die sich nach innen und rückwärts hinter dem vorderen Gaumenbogen erstreckt. Es ist ein grosser Fehler, wenn man die Enucleation damit beginnt, dass man hinter dem Gaumenbogen und der Plica den Separator ansetzt. Es resultirt dann stets eine intracapsuläre Operation, und es bleibt eine mehr oder minder dicke Lage von

Mandelgewebe nebst der Kapsel zurück. Das Geheimniss einer gründlichen Operation besteht darin, dass man gleich an die Aussenfläche der Kapsel gelangt und daselbst bleibt. Das gelingt aber nur, wenn man sich die Beziehungen der Plica triangularis zur Mandel klar macht. Wie sie auch sein möge, frei oder angewachsen, stets soll die Vorderfläche der Plica als Angriffsstelle der enucleirenden Instrumente, die übrigens nicht scharf sein dürfen, betrachtet werden. Ist ihre Schleimhaut und zwar nur die Schleimhaut entfernt, so ist der Operateur sofort an der Aussenfläche der Capsel und muss sich nun bemühen, sie nach aussen, oben, rückwärts und hinten zu verfolgen. Beginnt man die Operation in der richtigen Gewebsschicht, d. h. zwischen der Tonsillarcapsel und der Wand der Fossa tonsillaris, so ist die Ausführung leicht.

Verf. operirt unter Localanästhesie. Er wendet sich gegen die Annahme, dass man mittels der Schlinge allein die Tonsille entfernen könne. Sein Verfahren besteht darin, dass er die Tonsille mit der Zange fasst, ein Stück der Plica triangularis ausstanzt und mit stumpfer Zange und Finger die Tonsille auslöst, über den Stiel legt er dann eine Schlinge. Bei 200 Operationen hat Verf. nur 2 bis 3 Misserfolge gehabt, wo ein Stück vom unteren Theil der Tonsille stehen blieb.

EMIL MAYER.

65) **Sturmann** (Berlin). **Die totale Ausschälung der Rachenmandeln.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 5. 1911.*

Diese Rachenmandeln sind Gaumenmandeln. Im Uebrigen handelt es sich um einen am 9. December 1910 in der Berliner Laryngologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag, der in diesem Centralblatt, 1911, S. 192 bereits referirt ist.

ZARNIKO.

66) **Herold A. Foster. Chirurgische Entfernung der Tonsillen. Fingerenucleation. (Surgical removal of tonsils. Finger enucleation.)** *Americ. journ. of surgery. April 1912.*

Der wichtigste Moment für das Gelingen der Operation ist, dass man durch das Schleimhautband, welches die Fortsetzung des vorderen Gaumenbogens ist, Zugang zu der Capsel erlangt. Dies geschieht, indem man die Spitze des rechten Zeigefingers bei der rechten, des linken Zeigefingers bei der linken Tonsille an jene Schleimhautfalte ansetzt. Verf. beschreibt dann des Näheren die Technik der Fingerenucleation. Die ganze Operation soll nicht mehr als 2 Minuten Zeit erfordern. Verf. hat in 1500 auf diese Weise operirten Fällen keine ernstliche Blutung zu verzeichnen gehabt. Er sagt, dass jeder Fall sich für die Methode eigne und dass, wenn Schwierigkeiten dabei entstehen, es nicht Schuld der Tonsille, sondern der Technik sei.

EMIL MAYER.

67) **Howard V. Dutrow. Die Tonsillectomie, wie sie am Anconhospital geübt wird. (The operation of tonsillectomy as performed in Ancon Hospital.)** *The Laryngoscope. Mai 1912.*

Verf. betont, wie wichtig es ist, bei der Operation die Tonsille vollständig zu entfernen; er sagt, geschähe das nicht, so wäre das ebenso, wie wenn der

Chirurg bei der Appendixoperation den halben Wurmfortsatz zurückliesse. Der übrig gelassene Theil der Tonsille könne dieselben Erscheinungen hervorrufen, wie vor der Operation.

Verf. hat in einer Serie von 206 Tonsillectomien 5 schwere Blutungen zu verzeichnen gehabt, die aber alle prompt geheilt werden konnten. In letzter Zeit hat er ein- bis zweimal täglich Jodtinctur applicirt, um den Traumatismus der Uvula und der Gaumenbögen zu vermeiden und die Wundheilung zu erleichtern; er hat davon in einer Anzahl von Fällen befriedigende Resultate gesehen.

EMIL MAYER.

68) **Lindley Sewell. Ueber Enucleation der Tonsille. (On enucleation of the tonsil.)** *Practitioner. September 1912.*

Eine Beschreibung der Operationsmethode. Nichts wesentlich Neues.

JOHN WRIGHT.

69) **William E. Sauer. Tonsillenguillotine mit einer stumpfen Schneide. (Tonsil guillotine with a dull blade.)** *Journ. americ. med. assoc. 4. Mai 1912.*

Die Modification des Instruments besteht, ausser dass die Schneide nicht scharf, sondern stumpf ist, darin, dass sie nicht durch den Fingerdruck allein, sondern durch eine Schraube vorgetrieben wird, sodass sie wie ein Ecraseur wirkt. Die Tonsille soll so allmählich, aber vollständig enucleirt werden. Der grosse Vortheil der stumpfen Schneide soll darin bestehen, dass keine Blutungen erfolgen.

EMIL MAYER.

d) Diphtherie und Croup.

70) **Gottstein. Zur Epidemiologie der Diphtherie mit besonderer Berücksichtigung der Schule.** *Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. H. 1. 1912.*

Von 1900—1910 ist in Charlottenburg die Erkrankungsziffer fast auf das Doppelte gestiegen. Der Durchschnitt der Mortalität betrug 9,5 pCt. Die meisten Erkrankungen betreffen das Schulalter. In etwa 20 pCt. der Fälle wurden im Lauf eines Jahres zwei Erkrankungen in einem Hause gemeldet, mehr als zwei Erkrankungen in einem Hause bilden die verschwindende Minderheit; besondere Häufungen findet man nur in Krankenanstalten und Kinderheimen. Der Contagionsindex, d. h. das procentuale Verhältniss der der Ansteckung ausgesetzten und in der Folge wirklich erkrankten Kinder ist bei Diphtherie erheblich kleiner als bei Masern und Scharlach.

Auffallend war, dass in der ersten Hälfte des Jahres 1911 ein plötzliches erhebliches Ueberwiegen der Erkrankungen bei Mädchen zu constatiren war. Der Grund lag in einer Epidemie in einer Mädchenschule, wo 14 pCt. der Schülerinnen erkrankten. Wenn man von diesem Einzelfall absieht, ist die Gefahr der Weiterverbreitung durch die Schule in den Familien nicht sehr gross. Besonders energische Schulmaassnahmen sind daher nur bei gehäuftem Auftreten in einer Schule nothwendig.

FINDER.

71) **Louis Martin** und **H. Darré. Diphtherierecidiv nach Masern.** *Bull. et mém. soc. méd. des hôpitaux. 10. März 1911.*

Es handelte sich um ein 2jähriges Kind, das 14 Tage, nachdem es von einer Diphtherie genesen war, Masern bekam. Am dritten Krankheitstage Suffocationsgefahr, ausgedehnte pseudomembranöse Angina, Stridor. Es wurden je 20 ccm Serum drei Tage hintereinander injicirt, worauf Heilung eintrat. Verff. verbreiten sich im Anschluss hieran über die Diphtherierecidive. Sie meinen, man dürfe sich durch Rücksicht auf die Gefahr der Anaphylaxie nicht abhalten lassen, das Recidiv so zu behandeln, wie die primäre Erkrankung. In einer grossen Reihe von Fällen, die seit 1894 mit Seruminjection behandelt wurden, haben Verff. nur zweimal Erscheinungen auftreten sehen, die als anaphylactische Erscheinungen zu deuten waren.

GONTIER DE LÀ ROCHE.

72) **Berblinger** (Marburg). **Herzveränderungen bei Diphtherie.** *Med. Klinik. No. 45. 1912.*

An den Herzen von 8 Kindern, welche unter den Zeichen der Herzlähmung gestorben waren, konnten an den Ganglien schwerere anatomische Veränderungen nicht nachgewiesen werden, dagegen an den Fasern des Atrioventricularbündels scholliger Zerfall der Muskelfasern, Verfettung derselben und 7mal mehr oder minder starke subendocardiale Blutungen zum Theil im Kammerknoten, zum Theil im Gebiete des Atrioventricularbündels.

SEIFERT.

73) **A. J. Bell. Diphtheriebacillenträger und der Staphylococcus pyogenes aureus. (Diphteria bacilli carriers and the staphylococcus pyogenicous aureus.)** *Lancet clinic. 31. August 1912.*

In vier Fällen, wo trotz aller localen Maassnahmen der Klebs-Löffler'sche Bacillus nicht verschwand, wurde der Hals zweistündlich besprayt mit frisch zubereiteter Bouilloncultur von Staphylococcus aureus. In zwei Fällen verschwanden darauf die Bacillen prompt, was Verf. als eine Wirkung der Staphylokokken auffasst.

EMIL MAYER.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

74) **C. Elze** (Heidelberg). **Ueber den sogenannten Nervus laryngeus inferior des Lamas.** *Anatom. Anz. Bd. 42. No. 16. 1912.*

Die von v. Schumacher gemachte Beobachtung über den merkwürdigen Verlauf des Laryngeus inferior beim Lama, welcher sich von den übrigen Säugern dadurch unterscheidet, dass dieser Nerv sich nicht um das Ligam. Botalli resp. Arteria subclavia herumschlingt, sondern, ohne rückläufig zu sein, vom Vagus zum Kehlkopf zieht, konnte Verf. im Wesentlichen bestätigen an einem in der Schönbrunner Menagerie eingegangenen Lamahengst: Aus dem Ganglion nodosum vagi gehen drei Aeste hervor, der Vagusstamm, ein gemeinsamer Stamm für die Pharynxnerven und ein solcher für die Kehlkopfnerven. Der letztere theilt sich in den N. lar. super., welcher, wie üblich, in den M. thyreocricoideus einzieht und in den N. laryng. inferior. Dieser wendet sich medialwärts an das untere

Ende des Kehlkopfes, wo er unter dem Rande des M. posticus verschwindet und entsendet in der Fortsetzung seiner ursprünglichen Verlaufsrichtung einen am Oesophagus caudalwärts ziehenden Ast, welcher an Oesophagus und Trachea zahlreiche feine Zweige abgiebt und mit dem der Gegenseite anastomosirt. Der Nerv ist bis an den Brusttheil des Oesophagus zu verfolgen und empfängt beiderseits mehrere feine Zweige vom Stamme des Vagus. Nur auf der linken Seite sind diese Zweige ausgesprochen rückläufig. — Eine Erklärung dieses merkwürdigen Verhaltens des N. lar. infer. beim Lama ist einstweilen nicht zu geben und wäre nur durch entwickelungsgeschichtliche Untersuchung möglich.

GRABOWER.

75) **Imhofer** (Prag). **Ueber das Abnützungspigment in der Muskulatur der Stimmbänder.** *Zeitschr. f. Laryng., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. 5. S. 389. 1912.*

Verf. studirte bei 105 menschlichen Kehlköpfen das morphologische und chemische Verhalten des in der Stimmbandmusculatur vorkommenden lipoiden Pigmentes. An Gefrierschnitten durch das Stimmband sind die Pigmentkörnchen bereits am ungefärbten Präparat sichtbar, unregelmässig polyedrisch und von verschiedener Grösse. Das Pigment lagert sich gewöhnlich im oberen oder unteren Theil des Kernes, manchmal auch unabhängig vom Kern als schmaler Saum an einem oder an beiden Rändern der Muskelfasern. Auch bei reichlicher Pigmentanhäufung wird die Gestalt der Muskelfasern nicht verändert und bleibt die Structur der Muskelfasern und des Kernes erhalten. In den einzelnen Pigmenthäufchen sind gewöhnlich 15—20 Körnchen zu sehen, manchmal auch mehr bis 50, manchmal auch nur wenige 2—3. Das Pigment lagert stets im Sarkoplasma und niemals innerhalb der contractilen Substanz. Die im Stimmband nachweisbaren Pigmentkörnchen finden sich auch in der übrigen Körpermusculatur, in der Herzmusculatur mehr als in der Skelettmusculatur.

Die Körnchen färben sich mit Sudan und Fettponceau, mit Osmiumsäure und mit Indophenol. Die Kernfarbstoffe Karmin, Parakarmin und Hämalaun werden vom Pigment nicht angenommen. Bezüglich der Löslichkeit der Pigmentkörner in Fettlösungsmitteln zeigen sich Verschiedenheiten je nach dem Alter des Individuums: bei jüngeren Individuen bringen die Fettlösungsmittel das Pigment zum Verschwinden, während dagegen die Pigmente älterer Individuen schwer oder gar nicht löslich sind. Eisenreaction, Reaction nach Golodetz ergeben negatives Resultat. Doppelbrechung fehlt und die Bleichung ist ohne Einfluss. An Hand der in der Arbeit wiedergegebenen Aschoff'schen Tabelle zur Bestimmung lipoider Substanzen reiht Verf. das Pigment in den Stimmbändern in die Gruppe der Abnutzungspigmente ein.

Verf. konnte bei Kindern der ersten Lebensjahre die Pigmentkörner in der Stimmbandmusculatur nicht nachweisen, ebenso wenig in der Herz- und Skelettmusculatur. Bei Individuen des erwachsenen, besonders des höheren Alters war dagegen reichlich Pigment vorhanden. Die physiologische Abnutzung eines Organs führt zur Pigmentablagerung; das Pigment ist als Abnutzungspigment aufzufassen. Es ist möglich, dass bei der Phonasthenie, bei der die Muskelfaser

in abnormer Weise in Anspruch genommen ist, das Pigment — neben anderen feinen Veränderungen — in besonders reichlichem Maasse vorhanden ist.

OPPIKOFER.

76) **R. Damer** (Posen). **Einseitige Influenzalaryngitis und Kehlkopftuberculose.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. 5. S. 591. 1912.*

Mittheilung von 14 Fällen einseitiger Laryngitis im Anschluss an Influenza. Heilung nach 3—18 Monaten. Die Tuberculinreaction hatte nie eine Herdreaction hervorgerufen.

OPPIKOFER.

77) **Brandenburg** (Kassel). **Beitrag zur Laryngitis subchordalis acuta.** *Med. Klinik. No. 40. 1912.*

Im vorliegenden Falle waren die subchordalen Wülste als durch lymphatische Dyskrasie hervorgerufene Schwellungen der in dieser Gegend vorkommenden Lymphfollikel aufzufassen. Es lag ein ausgeprägter Status thymico-lymphaticus vor. Die Thymus musste hinterher wegen ihrer comprimirenden Wirkung exstirpirt werden. Verf. verlangt für schwere und unklare Fälle die Anwendung der Tracheoskopie.

SEIFERT.

78) **Adolph Abrahams. Ein Fall von Septikämie nach septischer Laryngitis. (A case of septicaemia following septic laryngitis.)** *Lancet. 24. Aug. 1912.*

Ein acutes Larynxödem mit Dyspnoe trat bei einem sehr corpulenten 45jährigen Mann auf. Dieser Zustand ging, ohne dass die Tracheotomie nöthig wurde, innerhalb 4 Tagen zurück, jedoch trat jetzt irreguläres Fieber und eine acute Gelenkentzündung an der rechten Schulter auf. Nach vierwöchiger Krankheit Exitus. Die Section ergab das Vorhandensein septischer Infarcte in den Lungen, Auflagerungen auf der Mitralis. Während des Lebens war aus dem Eiter des Schultergelenks ein Streptococcus isolirt worden und ebenso post mortem von den Herzklappenauflagerungen. Eine aus dem Mikroorganismus bereitete Vaccine war erfolglos angewandt worden.

JOHN WRIGHT.

79) **G. Lessing. Ueber Kehlkopfaktinomykose.** *Dissert. München 1911.*

Bei dem 33 Jahre alten Tagelöhner hühnereigrosser Abscess aaf der linken Halsseite neben dem Schildknorpel. Kehlkopf leicht nach rechts verdrängt, im Uebrigen unverändert. Temperatur normal. Eröffnung und Auskratzung des Abscesses und innerlich Jodkali. Heilung. Mikroskopische Untersuchung: Aktinomycesdrusen.

OPPIKOFER.

80) **Wolff Freudenthal. Ungewöhnliche Fälle von Larynxabscess. (Unusual instances of laryngeal abscess.)** *The Laryngoscope. November 1911.*

Bericht über zwei Fälle, von denen der eine tödtlich endete.

EMIL MAYER.

81) **Daudin Clavaud. Laryngitis ulcero-membranacea mit Oedem. (Laryngite ulcéro-membraneuse, à type oedémateux. Trachéotomie.)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 31. 1912.*

Dieser neue Fall wurde ebenfalls von Moure beobachtet. Es handelte sich

um einen 40 jähr. Tischler, der mit schwerer laryngealer Dyspnoe plötzlich erkrankte. Nichts bei der allgemeinen Untersuchung, was die enorme Schwellung der Epiglottis, die den ganzen Larynxeingang verdeckt, erklären konnte. Tracheotomie. Fünf Tage später ist die Epiglottis genug abgeschwollen, um eine Geschwulstbildung auf der rechten epiglottischen Falte und am angrenzenden Abschnitt des Pharynx erkennen zu lassen. Bacteriolologische Untersuchung zeigte, dass es sich um eine fuso-spirilläre Symbiose handelt. Der Fall heilte rasch und dürfte im Gegensatz zu den bisherigen Fällen keine Stenose verursachen. LAUTMANN.

82) **H. Legillon. Beitrag zum Studium der Kehlkopfabscesse. (Contribution à l'étude des abcès du larynx.)** *Dissert. Paris 1911.*

25 Krankengeschichten. Der Kehlkopfabscess entsteht im Anschluss an Grippe oder an ein Trauma; manchmal ist die Ursache des Abscesses nicht aufzufinden. Die Hauptsymptome sind Athemnoth und Schluckschmerzen. Prognose dubiös. Frühzeitige Eröffnung des Abscesses. OPPIKOFER.

83) **Emil Mayer. Behandlung der Narbenstenose des Kehlkopfs. (Treatment of cicatricial stenosis of the larynx.)** *The Laryngoscope. Januar 1912.*

Verf. bespricht die verschiedenen Methoden der Behandlung, darunter anch die Anwendung von Salvarsan. Autoreferat.

84) **Alrand** (Paris). **Kehlkopfstenose bei einem 3 Jahre alten Kinde. (Sténose du larynx chez un enfant de 3 ans.)** *Société de pédiatrie. 23. April 1912.*

Das Kind war dreimal intubirt worden; es ist aphonisch und hat Einziehungen. Directe Laryngoskopie unter Chloroformnarkose. Es werden die Narbenstränge zwischen den Taschen- und Stimmlippen durchtrennt, Granulationen excidirt. Nach 10 Tagen besteht keine Athembehinderung mehr; das Kind kann sich auf weite Entfernung verständlich machen. GONTIER DE LA ROCHE.

85) **F. Seyroux. Ein Fall von Regeneration des Kehldeckels nach totaler Laryngectomie bei syphilitischer Kehlkopfverengerung. (Un cas de régénération de l'épiglotte après laryngectomie totale pour rétrécissement spécifique du larynx.)** *Dissert. Lyon 1911.*

Da bei dem 33 Jahre alten Mann die syphilitische Larynxstenose durch Sondiren, Laryngofissur, Laryngostomie nicht gebessert werden konnte, so wurde der Kehlkopf exstirpirt. An dem entfernten Larynx war der Kehldeckel deutlich nachzuweisen. Zehn Jahre später starb Pat. an Lungentuberculose. Bei der Section zeigte es sich, dass sich ein Kehldeckel an normaler Stelle wieder gebildet hatte. Der regenerirte Kehldeckel war etwas kleiner als normal; die mikroskopische Untersuchung ergab normale Schleimhaut und hyalinen Knorpel. OPPIKOFER.

86) **Ivar Wickman. Beiträge zur Kenntniss der Decanulement- und Extubationsschwierigkeiten und ihrer Behandlung.** *Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. X. No. 11.*

Verf. berichtet einige Fälle, die zeigen, dass rein psychisch dadurch, dass das Kind vor dem Decanulement sich ängstigt, ohne jede organisch bedingte

Stenose Schwierigkeiten entstehen können. In dem einen Fall war wegen Athemschwierigkeiten nach Scharlach tracheotomirt worden; das Decanulement war unmöglich. Das Kind bekam dann einen Croup und starb. Bei der Section zeigte sich, dass kein organisches Hinderniss vorhanden war. In einem zweiten Falle konnte durch Sondirung festgestellt werden, dass kein Hinderniss vorhanden war; das Decanulement gelang durch Intubation.

Ferner bespricht Verf. die secundäre Intubation bei organischen Stenosen und weist schliesslich auf die Metallbolzenbehandlung von der Trachealwunde aus hin.

FINDER.

87) **W. Uffenorde** (Göttingen). **Zur Bewerthung der Autoskopie bei erschwertem Decanulement und in diagnostisch unklaren Affectionen der unteren Luftwege.** *Therapeut. Monatshefte. September 1912.*

Bei einem 11 Monate alten Kinde, das wegen Athemnoth aus unbekannter Ursache tracheotomirt wurde, und bei dem die Entfernung der Canüle nur immer für kurze Zeit gelang, so dass man durch Canülenreizung aufgeschossene Granulationen der Trachealschleimhaut annahm, liess die bronchoskopische Untersuchung in der Tiefe des rechten Bronchus als Ursache des erschwerten Decanulements ein Stück Apfelgehäuse erkennen. Die Canüle konnte sofort nach der Extraction fortgelassen werden.

Bei einem anderen Kinde konnte durch autoskopische Untersuchung als Ursache der seit vier Jahren bestehenden Unmöglichkeit des Decanulements Granulationswucherung festgestellt werden, nach deren Entfernung das Decanulement gelang.

W. SOBERNHEIM.

88) **Paunz** (Pest). **Ueber die Verwendung der directen Laryngoskopie und Tracheobronchoskopie bei Kindern.** *Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. Ergänz.-Heft. 1912.*

Neben dem Stridor inspiratorius congenitus und den Kehlkopfpapillomen der Kinder sind es besonders die Fremdkörper, bei welchen die directe Laryngoskopie und Tracheo-Bronchoskopie die besten therapeutischen Erfolge ergibt. Aber auch bei der Tuberculose der tracheobronchialen Lymphdrüsen und bei peritrachealen und peribronchialen Abscessen verdienen die bisherigen Erfahrungen die grösste Berücksichtigung.

SEIFERT.

89) **F. Massei** (Neapel). **Directe und indirecte Laryngoskopie.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. Bd. 46. S. 595. 1912.*

Verf. wendet sich gegen diejenigen Autoren, die aus Uebereifer für die directe Laryngoskopie heute die schonendere Spiegeluntersuchung vernachlässigen; die beiden Methoden schliessen sich nicht aus, sondern sollen sich ergänzen.

OPPIKOFER.

90) **Mager** (Brünn). **Fremdkörper des Kehlkopfes.** Aerztlicher Verein in Brünn, Sitzung vom 22. Januar 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 12. 1912.*

Eine $3^1/_2$ cm lange Nähnadel gelangte einen Monat vor der Extraction in den Kehlkopf, als die Patientin die Nadel zwischen den Zähnen hielt und plötzlich

Singultus bekam. Die Entfernung geschah unter Cocainanästhesie mit der Schrötter'schen Kehlkopfpincette. O. CHIARI.

91) **A. Roozendaal** (Amsterdam). **Ein bemerkenswerther Fall von Fremdkörper des Kehlkopfes. (Een merkwaardig geval van vreemd lichaam in het strottenhoofd.)** *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 16. 1912.*

Ein 21jähriger Mann schaute beim Schmieden zu, als er plötzlich das Gefühl hatte, als ob etwas gegen seinen Hals geschleudert würde; zugleich heftiger Hustenreiz im Kehlkopf. Man machte ihn auf eine kleine blutende Wunde am Hals aufmerksam, auch wurde ein wenig Blut beim Husten herausbefördert. Die Wunde sass $^1/_2$ cm oberhalb des Pomum Adami. Die Kehlkopfschleimhaut war ein wenig roth, sonst nichts Abnormes. Bei genauerer Untersuchung zeigte sich jedoch auf der hinteren Wand ein schwarzer Punkt. Ein Wattepinsel mit Cocainlösung wird vorsichtig auf diese Stelle angedrückt, und nach dem Herausziehen der Watte sitzt ein Eisensplitter mit scharfen Rändern an dieselbe aufgeklebt. Der Hustenreiz ist sofort verschwunden. Beim Hervorziehen der Epiglottis mit der Sonde wird dann unmittelbar unter dem Tuberculum epiglottidis die kleine Eingangspforte des Fremdkörpers in den Kehlkopf aufgefunden. Rasche Heilung. In der Literatur ist etwas Aehnliches nicht zu finden. H. BURGER.

92) **Molitor. Die Bronchoskopie. (La bronchoscopie.)** *Arch. méd. belges. October 1911.*

Der Autor bespricht die Bronchoskopie sup. et infer. mit Beifügung einiger praktischer Winke zur Erleichterung der Ausübung der Methode, die dem Leser dieser Zeilen kein Geheimniss sein dürften. BAYER.

93) **A. Ephraim. Die Anästhesie im Dienste der Bronchoskopie. (L'anesthésie au service de la bronchoscopie.)** *Arch. internat. de laryng. No. 3. Mai-Juni. 1912.*

Eine Zusammenfassung von den Arbeiten des Verf. über die ungiftigen localen Anästhetica und eine Darstellung der speciellen Technik des Verf. Cocain wird nur verwandt, wenn absolut keine Anästhesie zu erlangen ist. Sonst wird Alypin 5pCt. + Adrenalin zum einmaligen Pinseln und dann 6—18 Tropfen zum Spray für den Kehlkopf verwendet. Das Innere des Kehlkopfs und der Trachea wird dann mit dem Doppelsalz Chininum muriaticum und Harnstoff in 1 proc. Lösung mittels der bekannten Sprayapparate des Verf. bestäubt. LAUTMANN.

94) **W. Sokoloff. Ueber die Anwendung der Bronchoskopie zur Heilung von Lungenkrankheiten.** *Westnik uschnich, nosowich n gorlowich bolesni. Febr. 1911.*

Mittheilung zweier Fälle:

1. 40jährige Frau erkrankte am dritten Tage, nachdem sie sich angeblich beim Essen verschluckt hat, an Husten, Fieber und Schmerz in der linken Seite beim Athmen. Da ein Fremdkörper vermuthet wird, transportirt man sie nach Petersburg; unterwegs hustet Pat. ein paar Knorpelstückchen aus. Trotzdem bleibt Husten, Temperaturerhöhung und Schmerzen bestehen. Links hinten Dämpfung,

kleinblasiges Rasseln. Bei der Bronchoskopie findet sich im linken Bronchus an der zweiten Theilungsstelle ein weicher Körper, der entfernt wurde und sich als ein Blutgerinnsel erwies. An der Stelle, wo er gesessen hatte, war die Schleimhaut eingerissen und blutete. Stillung der Blutung durch Cocain-Adrenalin. Promptes Nachlassen aller Symptome. Verf. meint, es habe sich um eine beginnende Lungenentzündung durch Verstopfung des Bronchus gehandelt.

2. 12jähriger Pat. eingeliefert mit Husten, Fieber, Schmerzen. Dämpfung in der linken Schulterblattgegend und abgeschwächtes Bronchialathmen. Viel fötider Auswurf, in dem viel Eiterkörperchen sind. Keine Tuberkelbacillen. Röntgenuntersuchung negativ. Bronchoskopie: Rechter Bronchus frei, aus dem linken Bronchus entleert sich reichlich Schleim und Eiter durch das Rohr. Vom zweiten Knorpelring des linken Bronchus an ist die Schleimhaut geschwollen. Unterbrechung der Bronchoskopie aus äusseren Gründen und Wiederholung einige Zeit darauf, wobei man im linken Bronchus kein Secret mehr findet und keine Schwellung. Athmung frei; Pat. fühlt sich völlig wohl. Verf. meint, durch die erste Untersuchung sei das in einer Bronchektase angehäufte eitrige Secret entleert und so eine Heilung herbeigeführt worden.

SCHNEIDER.

95) **Emil Mayer. Zwei Fälle von Entfernung von Fremdkörpern aus dem Bronchus resp. Oesophaguseingang. (Two cases of foreign body removed respectively from the bronchus and entrance of esophagus.)** *The Laryngoscope. Mai 1912.*

1. Eine Frau hatte die Goldkappe eines grossen Molarzahnes aspirirt, 6 Tage bevor Verf. sie zuerst sah. Am Tage vorher war von anderer Seite ein vergeblicher Extractionsversuch gemacht worden. Die Röntgenplatte zeigte den Fremdkörper im rechten Bronchus. Er wurde in Narkose im Killian-Brünings'schen Bronchoskop eingestellt, musste jedoch, da seine concave Fläche nach unten gekehrt war, erst umgedreht werden, bevor er ergriffen und leicht extrahirt werden konnte.

2. Eine Frau kam mit Klagen über heftige Schluckschmerzen, die aufgetreten seien, unmittelbar nachdem sie des Morgens Brod gegessen hatte. Pharyngoskopie und Laryngoskopie ergab nichts, dagegen fanden sich bei Untersuchung mit dem kurzen Bronchoskop zwei Holzsplitter im Eingang der Speiseröhre eingespiesst, die entfernt wurden.

EMIL MAYER.

96) **J. W. Murphy. Bronchoskopie nebst Bericht über zwei Fälle. (Bronchoscopy with report of two cases.)** *Lancet Clinic. 30. September 1911.*

1. Ein Kind aspirirt ein Stück Nussschale, Pneumonie; Entfernung des Fremdkörpers in Chloroformnarkose. Heilung.

2. Zwei Jahre altes Kind aspirirt eine dünne Nadel, die in einem Bronchus zweiter Ordnung stecken bleibt. Entfernung. Heilung.

EMIL MAYER.

97) **Knöpfelmacher. Bronchiektasie nach Fremdkörper im Bronchus.** Ges. f. innere Medicin in Wien, Sitzung vom 2. Mai 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 22. 1912.*

In Folge langer Verweilung eines Drahtes im Bronchus eines 6jährigen

Knaben (der Fremdkörper wurde auf endoskopischem Wege entfernt) kam es zu bedeutenden Bronchiectasien. HANSZEL.

98) **Janquet. Extraction eines Fremdkörpers aus dem linken Bronchus. (Extraction d'un corps étranger de la bronche gauche.)** *La Presse méd. belge. No. 12. 1912.*

Verf. benutzt seinen Fall, um daraus einige allgemeine Lehren für die Diagnose und Behandlung der Fremdkörper zu ziehen; besonders weist er auf die Bedeutung der Röntgenaufnahmen hin. PARMENTIER.

99) **Segura** (Buenos Aires). **Fremdkörper des Kehlkopfs, der Trachea und der Bronchien. (Cuerpos extranos de la laringe, de la traquea et de les bronquios.)** *Revista de la sociedad médica argentina. September/October 1910.*

Zusammenfassender Artikel. Die vom Verf. extrahirten Fremdkörper sind sehr verschiedenartig: Metallspielzeug, Metallknöpfe, Schuhknöpfe, Getreidekörner verschiedener Art, Obstkerne, Zahnstocher, Knochenstücke etc.

TAPIA.

100) **Frank C. Todd. Entfernung eines Fremdkörpers aus dem rechten Bronchus. (Removal of foreign body from the right bronchus.)** *Journ. americ. med. assoc. März 1912.*

Es handelte sich um ein $3^1/_2$ jähriges Kind. Nach Vornahme der Tracheotomie konnte der Fremdkörper im rechten Bronchus gesichtet werden; es schien sich um eine Nadel zu handeln. Es war sehr schwer, den Fremdkörper zu fassen, schliesslich gelang dies mittelst einer langen Alligatorzange. Der Fremdkörper erwies sich als ein Messinghaken. EMIL MAYER.

101) **R. Botey. Fremdkörper (Fichtenkorn) im rechten Bronchus fixirt. Extraction mittels unterer Bronchoskopie. (Corps étranger [pignon de pin] enclavé dans la bronche gauche.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXIV. No. 1. 1912.*

Patient ist ein 6jähriger Knabe, bei dem die Extraction mittelst oberer Bronchoskopie missglückt. Chloroform ruft asphyctische Zustände herbei. In einer zweiten Sitzung wird mittelst unterer Bronchoskopie der Fremdkörper aus dem linken Bronchus extrahirt. LAUTMANN.

102) **Decressac** und **Pouget. Fremdkörper (Bohne) im Bronchus eines fünfjährigen Knaben. Extraction mittels unterer Bronchoskopie. (Corps étranger bronchique [haricot] chez un enfant do 5 ans etc.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXII. No. 2. 1912.*

Extraction am Tage des Unfalls unter Chloroformanästhesie. Normaler Verlauf. LAUTMANN.

f) Schilddrüse.

103) **Pettavel** (Neuchatel). **Ueber eigenthümliche herdförmige Degeneration der Thyreoideaepithelien bei Purpura eines Neonatus.** *Bernerdissertation. Verlag G. Reimer. Berlin 1910.*

Für Interessenten der mikroskopischen Pathologie sei dieser Titel angeführt.

JONQUIÈRE.

104) **Otto J. Stein. Acute Entzündung der Schilddrüse. (Acute inflammation of the thyroid gland.)** *The Laryngoscope. August 1912.*

Verf. giebt eine Schilderung des Symptomencomplexes. Im Beginn der Erkrankung ist die Diagnose oft schwer; es kommen Verwechselungen vor mit einer einfachen parenchymatösen oder colloiden Schwellung, wie man sie häufig bei Mädchen in der Pubertät oder während der Schwangerschaft oder Menstruation findet. In einem Fall des Verfs. glich eine Angina Ludovici sehr dem Bilde der Thyreoiditis. Verf. hat niemals eine Stimmbandlähmung als Folge der Thyreoiditis gesehen oder von einem solchen Fall gehört; dagegen sind Heiserkeit, ja sogar Aphonie häufig in Folge venöser Congestion und Oedem. Das Oedem findet sich gewöhnlich in der supra- resp. infraglottischen Region, aber nicht an den Stimmbändern. Compression der Trachea kommt ebenfalls nicht vor, Husten, blutig gefärbter Auswurf und Kehlkopfspasmen aber finden sich bisweilen.

EMIL MAYER.

105) **L. van den Wildenberg** (Antwerpen). **Grosser parenchymatöser Kropf bei einem 13jährigen Kinde. (Volumineux goitre parenchymateux chez un enfant de 13 ans.)** *Anvers médical. 1912.*

So grosse parenchymatöse Strumen sind in so jugendlichem Alter selten. Es wurde die Thyreodectomie gemacht; ein Viertel der Drüse wurde stehen gelassen.

PARMENTIER.

106) **L. van den Wildenberg** (Antwerpen). **Grosser intrathoracaler Kropf mit Suffocationssymptomen bei einem vierjährigen Kinde. Thyreoidectomie. Heilung. (Volumineux goitre intrathoracique suffocant chez un enfant de 4 ans. Thyréoidectomie. Guérison.)** *Anvers médical. No. 11. 30. Nov. 1912.*

Grosser parenchymatöser Kropf. Die Operation gestaltete sich sehr schwierig.

PARMENTIER.

107) **M. K. Meyers. Epilepsie beim Erwachsenen in Verbindung mit Schilddrüsenerkrankung. (Epilepsy in adult life in association with thyroid disease.)** *Monthly cyclopedia and medical bulletin. Mai 1912.*

Verf. berichtet über eine Anzahl von Fällen, in denen die Epilepsie mit mehr oder minder deutlicher Vergrösserung der Schilddrüse verbunden war.

EMIL MAYER.

108) **Tschiksta** (Mitau). **Ueber die Wirkung des im Schilddrüsencolloid enthaltenen Nucleoproteides bei Morbus Basedowii.** *Berner Dissertation aus der chirurg. Klinik in Bern. 1912.*

Diese Versuche, die Verf. hier nur als eine Wegleitung für fernere Versuche betrachtet, zeigten, dass das Nucleoproteid des Schilddrüsencolloids eine Substanz enthält, die im Stande ist, gewissen Folgeerscheinungen des Basedow wirksam zu begegnen. Ihre Beeinflussung des Stoffwechsels der Basedowkranken lässt sie als einen Antagonisten der jodhaltigen Schilddrüsensubstanz erscheinen. Auf welche Weise dieses Nucleoproteid wirkt, ob es hemmende oder activirende Eigenschaften besitzt, und ob es eine Fermentwirkung hat, lässt sich vorläufig nicht bemessen. Der Versuch wurde an einer 18jährigen Basedowkranken gemacht, bei der Stickstoffwechsel und der P_2O_5-Stoffwechsel genau controlirt wurden. JONQUIÈRE.

109) **Matti** (Bern). **Ueber die Combination von Morbus Basedowii mit Thymushyperplasie.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. 116. Bd. 1912.*

In der grossen Mehrzahl der Fälle aller zur Autopsie gelangenden Basedowfälle findet sich hochgradige hyperplastische Thymus mit oder ohne Status lymphaticus. Durch die Thätigkeit der vergrösserten Thymus (thymogene Intoxication) werden die Basedowsymptome gesteigert. SEIFERT.

110) **J. H. Musser. Probleme in der Therapie des Morbus Basedow. (Problems in the treatment of ophthalmic goiter.)** *Americ. journ. of med. sciences. Juni 1912.*

Verf. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse: Endemischer Kropf soll chirurgisch nicht eher behandelt werden, als bis lange Zeit hindurch geeignete Allgemeinbehandlung angewandt war. Sind functionelle oder organische Störungen in anderen secretorischen Organen vorhanden, so sollte eine chirurgische Behandlung der Struma erst nach Beseitigung oder Besserung jener erfolgen. Die medicamentöse und allgemeine Behandlung soll 6—24 Monate unter absoluter Controle eines Arztes fortgesetzt werden; ebensolange soll auch die Nachbehandlung fortgesetzt werden. Nach Ansicht des Verf. thun die Chirurgen zu viel und die Internisten zu wenig bei der Behandlung des Kropfes. EMIL MAYER.

g) Oesophagus.

111) **Schlaefke** (Greifswald). **Blutungen aus Oesophagusvaricen.** *Wiener klin. Rundschau. No. 26 u. 27. 1912.*

Im Pathologischen Institut der Universität Greifswald kam ein Fall zur Autopsie, der im Gegensatz zu ähnlichen beobachteten Fällen von Oesophagusvaricen durch das Fehlen jeder nachweisbaren Stauung im Pfortaderkreislauf charakterisiert ist. HANSZEL.

112) **Jenckel** (Altona). **Zur Behandlung der Oesophagusstenose mit Elektrolyse.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 34. 1912.*

Auf Grund eigener Beobachtung meint Vf., dass bei impermeablen narbigen Stricturen des Oesophagus stets zuerst die Elektrolyse anzuwenden sei, ehe eine plastische Operation in Betracht gezogen wird. HANSZEL.

113) **F. Karewski** (Berlin). **Ueber retroösophageale Phlegmone durch Fremdkörper.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 22. 1912.*

Der Mittheilung liegt ein Krankheitsfall zu Grunde, bei dem ein beim Essen verschluckter Fremdkörper (Drahtstückchen) anfänglich geringe Erscheinungen machte, drei Wochen später aber zu einem retroösophagealen Abscess führte, der durch Eröffnung von aussen geheilt wurde. Verf. fordert, dass jeder im Oesophagus steckengebliebene Fremdkörper, gleichviel welcher Art und Grösse, aufgesucht und entfernt werde. Für die Diagnose ist „die Sondenuntersuchung gänzlich unzuverlässig, die Oesophagoskopie kann versagen, die Röntgenographie führt in der Regel, aber nicht immer sofort zum Ziel. Nur wenn die wiederholte Anwendung aller Methoden und das Fehlen jeglicher Krankheitserscheinungen die Harmlosigkeit des supponirten Zwischenfalles erwiesen haben, sind weitere ärztliche Maassnahmen unnöthig“.

ZARNIKO.

114) **R. H. Johnston. Entfernung von Gummiplatten aus dem Oesophagus. Einige Bemerkungen über Oesophagoskopie unter Localanästhesie. (Removal of rubber plates from oesophagus. Some remarks on oesophagoscopy under local anesthesia.)** *Americ. journ. of surgery. September 1911.*

Verf. berichtet über den Fall einer 26 jährigen Frau, die eine Platte mit zwei Schneidezähnen verschluckt hatte. Die Röntgenstrahlen zeigten den Fremdkörper in der Ringknorpelgegend. Er wurde unter Cocainanästhesie und in sitzender Stellung durch das Laryngoskop entfernt. Vf. redet der Vornahme ösophagoskopischer Eingriffe unter Localanästhesie das Wort nach vorhergehender Injection von Morphium und Atropin.

EMIL MAYER.

115) **De Stella** (Gent). **Fremdkörper des Oesophagus. (Corps étrangers de l'oesophage.)** *Geneeskundig Tijdschrift voor Belgie. 15. Jan. 1912. Presse oto-laryngologique belge. No. 4. 1912.*

Mittheilung zweier interessanter Fälle, von denen der eine zeigt, dass ein mehrere Monate lang ertragener Fremdkörper schwere Symptome hervorrufen und zu einem periösophagealen Abscess führen kann, nachdem die Fremdkörperexcision glücklich vollzogen ist.

PARMENTIER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **F. Maltese. Patologia, anatomia e fisiologia della tonsilla faringea.** Turin. Pavesio. 1911.

Nach einer kurzen historischen Einleitung giebt Verf. einen Ueberblick über die Anatomie, die Embryologie und die Topographie der Rachentonsille.

In dem Capitel, das die schwierige und dunkle Frage nach der Physiologie der Tonsille behandelt, lässt Verf. die wichtigsten Theorien, welche die Frage behandeln, Revue passieren. Nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse neigt er dazu, den Waldeyer'schen lymphatischen Ring als einen Schutzapparat gegen die Infektionen zu betrachten, die auf pharyngealem Wege den Organismus befallen.

Nach einer Schilderung der verschiedenen Wege, auf welchen man zur klinischen Untersuchung der Rachenmandel gelangt, wendet sich Verf. zu einer eingehenden Schilderung der Pathologie, bespricht zuerst die acuten entzündlichen Processe (Adenoiditis lacunaris, Adenoiditis phlegmonosa, Adenoiditis herpetica, primäre diphtherische Adenoiditis) und die chronischen Entzündungen. Letztere lassen sich auf zwei Typen zurückführen: die hyperplastische Form oder adenoide Vegetationen und die chronisch katarrhalische Form oder den chronischen Nasenrachenkatarrh der Erwachsenen. Er bespricht die Affection in den verschiedenen Lebensaltern, der ersten oder zweiten Kindheitsperiode, beim Erwachsenen und in vorgerückten Jahren, wo die Rachenmandel bereits involvirt sein müsste. Verf. hat persönliche Untersuchungen im pathologisch-anatomischen Institut der Universität Turin angestellt und hat bei 30 Leichen von über 50 jährigen Individuen nur einmal eine hyperplastische Rachenmandel gefunden. Er beschreibt ferner die histologischen Befunde bei der Rachenmandelhyperplasie, wie sie von anderen Autoren wiedergegeben werden und wie er selbst sie hat erheben können.

Bei Aufrollung der klinischen Symptomenbilder erörtert Verf. die Respirations-, Phonations-, und Hörstörungen, die Störungen in der Skelettentwicklung, im Kreislauf und der Blutzusammensetzung, in der allgemeinen Ernährung, sodann die nervösen Störungen zumeist reflectorischer Art und die Fernwirkungen (Adenoide und Hypophysis).

Nach Besprechung von Diagnose, Verlauf und Prognose beschäftigt sich Verf. in einem besonderen Capitel mit der Involution der normalen und hyperplastischen Rachenmandel.

Ein sehr umfangreiches Capitel handelt dann von der Behandlung der Rachenmandelhyperplasie, in dem alle Fragen der Indicationen und Gegenindicationen, der Operationsmethoden, der Technik, der Complicationen und Gefahren der Operation, der Resultate, der Recidive etc. behandelt werden.

Das Schlusscapitel handelt von den syphilitischen und tuberculösen Erkrankungen der Rachenmandel.

Der Monographie sind 6 Tafeln und ein sehr reichhaltiges Literaturverzeichniss beigegeben. Calamida.

---

b) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte.

XXVIII. Sitzung, Köln, den 12. December 1911.

Anwesend 70 Mitglieder.

I. Eschweiler (Bonn): Chondrom des Larynx.

Walnussgrosser Tumor, der Ringknorpelplatte entsprechend, (bereits 1907 anderweitig operirt) wurde nach Laryngotomie und Spaltung der Ringknorpelspange mit Raspatorium entfernt. Die Wunde wurde primär geschlossen, Entfernung der Canüle nach 4 Tagen. Bald darauf wegen zunehmender Athemnoth des Patienten, verursacht durch einen unter der vorderen Commissur entspringenden Granulationswulst, Wiederholung der Laryngotomie und Entfernung der Geschwulst

mit Cauterisation der Ursprungsstelle. Primärer Schluss der Wunde und glatte Heilung, wozu nach Ansicht E.'s vielleicht der Umstand beigetragen hat, dass die Tracheotomiewunde sehr tief und ganz ausserhalb des Tumorgebiets angelegt war.

II. v. Eicken (Giessen): Die submucöse Septumresection.

Der überaus erschöpfende, mit einer reichen Literaturangabe ausgestattete Vortrag dürfte sich kaum für ein kurzes Referat eignen.

Nach Schilderung der historischen Entwicklung der Operation bespricht E. ausführlich die Indication sowie die verschiedenen Methoden und bemerkt, dass er im Grossen und Ganzen sich nach dem von Killian angegebenen Verfahren richte. E. operirt im Allgemeinen am sitzenden Patienten in Localanästhesie (Injection); er hält den Eingriff trotz der vereinzelt beobachteten schweren Complicationen nicht für gefährlich und möchte die submucöse Septumresection als einen unserer segensreichsten endonasalen Eingriffe bezeichnen. Der Vortrag ist in extenso in No. 9—11 der Med. Klinik erschienen (1912).

Discussion:

Hansberg kommt auch bei Kindern meist mit Localanästhesie aus.

Hopmann II sah auch resecirte zwischen die Schleimhautblätter wieder eingelegte Knorpelstücke gut einheilen.

Henrici sah zweimal nach Cocaininjection kurzdauernde Abducenslähmung; bei vorn oben gelegenen Deviationen hält er zuweilen eine grössere Perforation für angebracht.

Lieven bestätigt, dass der sublabiale Schnitt einen guten Einblick in das Naseninnere gewährt; derselbe wurde schon vor 20 Jahren in Frankreich für die Entfernung grosser Sequester bei Syphilis angewandt (Rouge'scher Schnitt).

Vohsen vertritt die Auffassung, dass die bei der Operation eintretenden Perforationen, besonders bei eingeknickten Septen, doch ziemlich häufig seien und möchte deshalb den Standpunkt Fein's gelten lassen, eventuell sich mit dem kleineren und unbedenklicheren Anlegen einer Perforation allein zu begnügen. Für exactere Indicationsstellung empfielt er den Bucklin'schen Spirometer.

Kronenberg erwidert, dass nur eine gleichzeitig die Deviation beseitigende Perforation die Nasenathmung freilegen könne.

Reipen empfiehlt die submucöse Septumresection bei Ulcus septi perforans.

Lüders macht auf die häufige Nothwendigkeit, zur Behandlung des Ohres eine Nasenseite zu erweitern, aufmerksam.

v. Eicken: Schlusswort: v. E. wendet sich gegen Fein und vertritt die Auffassung, dass durch Anlegung einer grossen Perforation die Nasenathmung keineswegs immer freigelegt werde, und dass ferner durch den dabei nicht zu vermeidenden Schleimhautverlust gerade die so lästige Krustenbildung eintrete, die durch submucöse Septumresection vermieden werde. Bei Septumdefecten hält v. E. es für empfehlenswerth, den mangelhaft ernährten vorspringenden Knorpel zur Be-

seitigung der Krustenbildung zu entfernen. (Nach Goldstein's Vorschlägen in „The Laryngoscope".)

Hopmann II: Die vollständige Ausschälung der Gaumenmandeln.

H. erklärt das einfache, schon seit Jahrzehnten von seinem Vater ausgeübte Verfahren, die Gaumenmandeln mit Hakenzange und Mandelscheere ganz zu entfernen. Zu beobachten ist dabei das weite Umfassen und starke Vorziehen der Mandel sowie die möglichst stumpfe Lösung. Theiloperationen sind nach H. zwecklos. Erhaltung der Gaumenbögen und stumpfe Lösung sind die besten Vorbeugungsmittel gegen Blutungsgefahr. Im Fall stärkerer Blutung genügt meist Tamponade.

Discussion:

Vohsen verwirft die Narkose am sitzenden Kranken; er operirt in Seitenlagerung bei Kindern unter Chloräthyl-Narkose mit dem Doppelringmesser. Bei Erwachsenen, die V. in Localanästhesie tonsillotomirt, genügt die ausgiebige, aber nicht vollständige Entfernung.

Henrici empfiehlt Localanästhesie (Einspritzungen); als Instrumente die kalte Schlinge oder zur Totalentfernung ein gutschneidendes Conchotom.

Froning II: Ein Fall von mit Erfolg operirtem Endotheliom des Felsenbeins (Klinik Preysing).

Reinhard: Demonstration eines Falles von Totalaufmeisselung mit sofortigem Nahtverschluss der retroauriculären Oeffnung.

Lüders: Modification der Aufmeisslung bei acuter Mastoiditis.

Hansberg: I Bronchoskopische Mittheilung.

a) Entfernung eines $3^1/_2$ cm langen Nagels aus dem rechten Bronchus eines $3^1/_2$ Monate alten Kindes. Untersuchung erst vier Wochen nach der Aspiration. Infiltration des rechten Unterlappens, Febris. Tracheotomia superior. Einführung eines 7 mm dicken Bronchoskops und Entfernung des Fremdkörpers nach Einlegung eines Innenrohres. Trotzdem weiteres Ansteigen der Temperatur und Fortschreiten der pneumonischen Erscheinungen. Exitus nach 11 Tagen.

b) Demonstration einer Celluloidpuppe von 3 cm Länge, die einem 11jährigen Mädchen nach Tracheotomie bronchoskopisch von der Bifurcation entfernt wurde. Heilung.

II. Zur Behandlung der Trachealstenosen.

Trachealstenosen ohne Mitbetheiligung des Kehlkopfes sind selten und werden besonders nach Tracheotomie beobachtet.

Im ersten Falle von H. handelte es sich um eine Erweichung der vorderen Trachealwand, die nach erneuter Tracheotomie (erste Tracheotomie wegen Diphtherie vor 9 Jahren) durch Vernähen der Schleimhaut mit der äusseren Haut beseitigt wurde. Im zweiten Falle wurde ein Decanulement erschwert durch eine stark schlotternde Vorbauchung der hinteren Trachealwand. Nach Einlegen einer Trachealcanüle Heilung in 2 Monaten.

III. Zur Frühoperation der laryngealen Sepsis.

H. plädirt mit Rücksicht auf die ungünstigen Erfolge bei Perichondritis und Laryngitis submucosa acuta dringend für frühe Operation (Laryngofissur etc.).

H. beschreibt einen Fall von Carcinom des linken Stimmbandes bei einem 68jähr. Manne. Es wurde zunächst Tracheotomie gemacht; nach einer Woche Temperatursteigerung; fötide Secretion, Lig. crico-thyreoid. oberhalb der Canüle etwas mortificirt. Abfall der Temperatur nach Herausnahme der Canüle. Nach weiteren 5 Tagen wieder Fieber und Frost; Schwellung der Weichtheile über dem linken Schildknorpel; Fistel unter der Musculatur. Freilegung und Tamponade der Fistel. Am folgenden Tage Puls 148. Dyspnoe. Es wurde die breite Spaltung des Kehlkopfs vorgenommen und zeigte sich ausgedehnte Infiltration der Weichtheile der ganzen linken Kehlkopfseite, die deren Entfernung sowie die Resection der linken Schildknorpelhälfte mit dem Ca. nothwendig machte. Nach zwei Tagen Temperatur normal; Patient konnte geheilt ohne Canüle entlassen werden. Moses.

---

c) Laryngologische Gesellschaft der Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

VII. Sitzung vom 24. October 1911.

1. L. Polyák: Gleichzeitig ausgeführte submucöse Resection der Scheidewand und bilaterale Nasenoperation.

Der 65 Jahre alte Patient litt an schweren Asthmaanfällen und beiderseitiger totaler Nasenverstopfung. Die hochgradige Septumverbiegung ist mit der submucösen Resection corrigirt und unmittelbar darauf die demonstrirte grosse Menge von Nasenpolypen entfernt worden, wobei beide mittlere Muscheln resecirt und das mit Polypen und Eiter ganz ausgefüllte Siebbein bilateral ganz ausgeräumt wurde. Kein Tampon nach der Operation, keine Nachblutung, Pat. lag 2 Tage lang und befindet sich 3 Tage nach der Operation wohl. Der Fall wird nur vorgestellt, um den Beweis zu liefern, wie grosse und combinirte Eingriffe ohne Nachtheil selbst bei so bejahrten Kranken gemacht werden können und wie man den Patienten von seinen Leiden mit einem Eingriffe befreien kann.

D. v. Navratil: Die submucöse Resection ist unsere einzige aseptische Operation und darf bei gleichzeitigem Empyem nicht ausgeführt werden, wegen Gefahr der Infection.

Z. Donogány: Jede Nasenoperation kann aseptisch ausgeführt werden, wenn sie auch keine ideale ist.

H. Zwillinger: Das gleichzeitige Operiren kann nicht als Regel aufgestellt werden, denn es hängt von der Krankheit wie auch von der Constitution des Kranken ab.

L. Polyák: Eine ideale Asepsis kann in der Nase niemals erreicht werden, da wir das Operationsfeld von Bakterien nicht reinigen können. Hauptsache ist,

wie ich es thue, bei jeder Nasenoperation die grösstmöglichste Asepsis zu befolgen. Die Gefahren der Autoinfection sind, wenn wir nicht tamponiren, äusserst gering. v. Navratil kann in Hajek's und Killian's Arbeiten lesen, dass man gezwungen sein kann, eine Septumdeviation früher zu operiren, wenn sie den Zugang zu einem Empyem hindert.

2. A. Lengyel: Von der Kieferhöle ausgehender Choanalpolyp.

3. E. Baumgarten: Hydrops antri Highmori.

Die rechte Gesichtshälfte war stark aufgetrieben. Breite Eröffnung in der Fossa canina, Entleerung des serösen klebrigen Secretes. Tamponade. Heilung.

4. E. Kellermann: Operirter Fall einer Kiefercyste.

Der Fall ist in diesem Frühjahr hier demonstrirt worden, wurde am 21. September von Polyák operirt, in localer Anästhesie wurde die grosse Cyste in toto ausgeschält. Primäre Naht. Heute (14 Tage nach der Operation) besteht noch eine kleine Fistel im äusseren Mundwinkel.

5. D. v. Navratil: Ueber die Chirurgie der Mandeln.

Ist in diesem Centralblatt bereits referirt worden.

E. v. Tóvölgyi hat für sagittal vergrösserte Mandeln ein Instrument construirt. Nur bei häufigen Recidiven ist die Tonsillectomie zulässig. Zur Blutstillung sind die Michel'schen Klammern gut, aber schmerzhaft und schwer zu entfernen.

I. Sitzung vom 13. Februar 1912.

1. J. Safranek: Subchordal eingekeiltes Prothesenstück.

Der Fremdkörper war sowohl durch Laryngoskopie wie durch Röntgenaufnahme erkannt, lag subglottisch, wurde mit der Zange gefasst und extrahirt; er erwies sich als ein $4^1/_2$ cm langes und in der grössten Breite 12 mm breites, am Ende mit einer Metallklemme versehenes, aus vulkanischem Kautschuk bestehendes Stück eines künstlichen Gebisses. Die locale Reaction war gering.

2. H. Zwillinger: Experimentelles zur Frage der intracraniellen Infection.

Nach Demonstration seiner Präparate und Erwähnung der Fälle von Miodowski erklärt Zwillinger, dass von nun an nicht nur die perineuralen Scheiden der Olfactoriusfasern, sondern auch die selbstständigen, die Verbindung erhaltenden nachgewiesenen Lymphbahnen den Gegenstand unserer Untersuchungen werden bilden müssen. Schliesslich wird ein Fall eigener Beobachtung erwähnt von foudroyant verlaufender letaler rhinogener Meningitis, in welchem aber leider eingehende Untersuchungen nicht stattfinden konnten.

K. v. Láng erwähnt zwei letale Fälle von rhinogener Infection auf dem Wege der Venae perforantes, in einem dritten Falle fand die Infection auf directem Wege durch Durchbruch statt. Die Infection findet also nicht immer auf dem Wege der Lymphbahnen statt, in Fällen aber, wo dieser der Weg der Infection war, kann dieselbe nicht auf Rechnung der Operation geschrieben werden.

L. Polyák theilt einen letalen Fall von rhinogener Infection mit (s. Onodi's Festschrift). Der Weg der Infection konnte in diesem Falle nicht festgestellt werden. Complicationen nach intranasalen Eingriffen können am besten dann vermieden werden, wenn postoperativ nicht tamponirt wird.

D. v. Navratil: Es ist gefährlich, die Stirnhöhle zu operiren und nicht zu tamponiren. Oberhalb und unterhalb der Knochenspange soll Gaze liegen und 5 Tage lang verbleiben. Tritt Temperaturerhöhung ein, dann soll der Tampon ein wenig mobilisirt werden. Auf diesem Wege kommt ein neuer Ductus nasofrontalis zu Stande.

E. Baumgarten: Es ist möglich, dass zuweilen die Infection von der Schädelhöhle in eine Nebenhöhle hinein stattfindet.

L. Polyák: Nach der Killian'schen Radicaloperation braucht man nicht für einen neuen Ductus nasofrontalis zu sorgen, bei regelrechtem Vorgehen wird ja eine sehr breite Verbindung geschaffen, welche sich nicht schliessen kann. Uebrigens ist Zweck dieser Operation die Verödung der ganzen Höhle.

A. Onodi: Die nekroskopischen Untersuchungen sind noch gering an Zahl. Der Weg der postoperativen Infection ist auch nicht ganz klar, weil die ungünstigen Fälle selten publicirt werden.

H. Zwillinger hat nicht behauptet, dass die Infection stets auf dem Wege der Lymphbahnen stattfindet, sondern auch die Blutgefässe erwähnt.

3. A. Lengyel: Lymphangiom im Nasenrachenraum.
Ausführlich mitgetheilt in Onodi's Festschrift.

4. D. v. Navratil: Ein Fall von intrathoracaler Struma.
Ausführlich mitgetheilt in Onodi's Festschrift.

5. A. v. Gyergyai: Directe Untersuchung und Behandlung des Nasenrachenraumes und der Ohrtrompeten.
Vortrag, mit Demonstrationen des neueren, verbesserten Instrumentariums. Die Untersuchung geschieht jetzt in sitzender Stellung und nicht mit überhängendem Kopfe, wie früher.

II. Sitzung vom 12. März 1912.

1. A. v. Irsay: Ein Fall von Kehlkopflues mit dem Bilde eines Skleroms.
Heiserkeit, Dyspnoe seit einem Jahre. Tracheotomie bei der Aufnahme in das Spital. Die Stimmlippen sind subglottisch stark infiltrirt, Wand der Luftröhre trichterförmig verengt. Histologisch nur Rundzelleninfiltration gefunden. Wassermann positiv. Nach Salvarsan mit darauffolgender Inunctionscur wesentliche Besserung, Decanulement. Zum Theil besteht nur eine geringe subglottische Infiltration, die Athmung ist frei.

K. Láng hält den Fall trotz negativer bakteriologischer Untersuchung für Sklerom, es besteht auch eine charakteristische Infiltration der rechten Nase.

In diesem Sinne erklären sich auch Zwillinger, Donogany, Baumgarten, Morelli und Safranek und betonen die Nothwendigkeit der Wiederholung der mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung.

2. A. v. Irsay: Ein Fall von Stimmbandlähmung luetischen Ursprungs.

Bei der Aufnahme musste dringend die Tracheotomie gemacht werden. Die Stimmlippen stehen fast in der Mittellinie und bewegen sich bei der Athmung nicht. Wahrscheinlich ist diese Lähmung durch eine in den Muskeln sitzende gummöse Infiltration verursacht. Wesentliche Besserung auf Sublimatinjectionen.

3. A. v. Irsay: Ein Fall von Gumma des Stimmbandes.

Das linke falsche und wahre Stimmband ist in eine glatte Geschwulst, welche in der Mitte ein tiefes Geschwür trägt, umgewandelt. Besserung auf specifische Behandlung.

4. L. Laub: Kehlkopfpapillome von seltener Grösse und Zahl.

Das Leiden besteht seit 11 Jahren. Tracheotomie vor vier Monaten. Die Gewächse füllen den ganzen Kehlkopf aus, von den Taschenbändern bis in den subglottischen Raum hinein. Laryngostomie wird geplant.

Z. Donogány kennt die Fälle von Polyak und glaubt, dass eine Radiumcur mit Erfolg angewendet werden kann.

5. L. Laub: Ein Fall von häufig recidivirendem und selten grossem Nasenrachenpolyp.

Wiederholte Operation seit 7 Jahren, zuletzt vor 8 Monaten. Der Stiel der Polypen lässt sich in die Mündung der Kieferhöhle verfolgen, die Röntgenplatte zeigt Schatten über der entsprechenden Kieferhöhle. Luc-Caldwell geplant.

6. M. Klár: Revolverkugel im Nasenboden.

7. K. v. Láng: Entfernung einer Kugel aus dem Siebbein.

8. K. v. Láng: Zur Casuistik der Fremdkörper in den Bronchien.

9. D. v. Navratil: Ein Fall von Oesophagusspasmus.

Vortragender hat dem $5^1/_2$ Jahre alten, schlecht genährten Knaben die Rachenmandel entfernt, und da nach vier Wochen keine Besserung beobachtet werden konnte, bei näherer Untersuchung gefunden, dass die Ursache der Störungen in der Speiseröhre liegt. Die Röntgenuntersuchung mit Wismuth, Bolus wies auf starke Stenose oberhalb der Cardia hin, eine 42 Charrière dicke Sonde glitt aber leicht durch diese Stelle in den Magen. Oesophagoskopie wurde für überflüssig betrachtet. Therapeutisch soll Sondirung per os oder eventuell nach vorheriger Gastrostomie auf retrogradem Weg ein Betracht kommen, Prognose quoad sanationem infaust.

K. Morelli hat von permanenter Bougirung gute Erfolge gesehen.

M. Pauncz: Die Oesophagoskopie ist wichtig und soll stets angewendet werden. Zuweilen finden wir eine Fissur oberhalb der Cardia, welche den Spasmus

auslöst; auch eine Strictur kann gebessert werden, und wir können die Gastrostomie vermeiden.

Z. Donogány: Pauncz hat Recht, der Spasmus hört in der tiefen Narkose auf, sonstige Veränderungen sind aber nur durch Oesophagoskopie festzustellen.

K. Morelli hat einen Fall, bei welchem anderweitig schon dreimal die Gastrostomie gemacht wurde; er will jetzt die Oesophagoskopie machen.

D. v. Navratil: Die Oesophagoskopie kann versucht werden, die Wismuth-Röntgenuntersuchung hat aber genügende Aufklärung gegeben. Eine narbige Stenose wird durch die Sondenuntersuchung ausgeschlossen; es ist unzweifelhaft, dass es sich um Cardiospasmus handelt.

10. A. Onodi: Ueber den Recessus sphenopalatinus der Kieferhöhle.

11. E. v. Tovölgyi: Der Bacillus bulgaricus als Heilmittel bei Erkrankungen der Luftwege und der Bronchien.

Das Mittel war ganz wirkungslos.

12. H. Zwillinger: Flaubertkugel im Oberkiefer.

III. Sitzung vom 21. Mai 1912.

1. J. Safranek: Fall eines in die linken Nebenhöhlen sich erstreckenden Sarkoms.

Der Tumor wurde in Localanästhesie nach Moure's Methode operirt, sämmtliche Nebenhöhlen der linken Seite, auch die Stirnhöhle müssten eröffnet werden. Glatte Heilung, guter kosmetischer Erfolg.

D. v. Navratil macht darauf aufmerksam, dass maligne Nasentumoren recht häufig recidiviren.

2. Z. v. Lénárt: Narbige Kehlkopfstenose, durch Laryngofissur und Transplantation geheilt.

Bei der Patientin hat ein practischer Arzt vom Lande vor drei Jahren eine endolaryngeale Operation gemacht, nach welcher vor einigen Wochen Zeichen von Stenose auftraten. Auf der Höhe der Stimmlippen sass eine breite und dicke Narbe, welche nur nahe zur hinteren Wand eine sehr kleine Oeffnung besass. Anamnese und Lungenbefund wiesen auf eine ausgeheilte Tuberculose hin. Elektrolyse wurde ohne Erfolg versucht. Laryngofissur in Localanästhesie vor vier Wochen, Excision der sehr verbreiterten und dicken Narbe, Transplantation von Thiersch'schen Hautlappen, Tampon, Naht des Schildknorpels und partiell auch der Weichtheile. Entfernung des Tampons am 7., Decanulement am 14. Tage. Der Kehlkopf ist frei, die Stimmlippen stehen etwas näher zu einander, wohl eine Folge einer zu engen Naht des Schildknorpels. Verf. warnt davor, bei endolaryngealen Operationen eine ringförmige Wunde zu machen, weil sie zur Bildung solcher Stenosen führen; besser ist es, nur die eine Seite auf einmal vorzunehmen und mit der anderen Seite zu warten, bis die Wunde epithelisirt ist. Wenn dies nicht ausführbar ist, dann

ist der Fall zur endolaryngealen Operation ungeeignet und soll von aussen operirt werden.

D. v. Navratil: Narbenstenose kann bei Kehlkopftuberkulose auch spontan, ohne Operation entstehen. Der Fall ist noch nicht geheilt, weil noch etwas Stridor besteht, auch sind vier Wochen zu kurze Zeit, um den Erfolg abzuschätzen.

Z. Donogány: Der Fall ist vorläufig geheilt. Der kleine Stridor kommt davon, dass die Stimmlippen nahe bei einander stehen. In einem ähnlichen Falle ist dieses Symptom in drei Monaten spontan geschwunden.

3. M. Pauncz: Laryngoskopie und Tracheobronchoskopie bei Kindern.

4. B. Freystadtl u. J. Stranz: Recurrenslähmung durch Stenosis ostii venosi sinistri.
Ausführlich mitgetheilt in Onodi's Festschrift. Polyak.

---

d) Oto-laryngologische Gesellschaft zu Kristiania.

Sitzung vom 4. März 1912.

Vorsitzender: Uchermann.
Schriftführer: Fleischer.

Uchermann demonstrirte ein 15jähriges Mädchen mit geheiltem Epidural- und Gehirnabscess (Emollitio cerebri), das am 2E. September 1911 wegen Otitis media suppurativa von achttägiger Dauer in die Klinik aufgenommen wurde.

Uchermann demonstrirt ferner einen Patienten, dessen Nasenrachenfibrom auf transmaxillarem, nasalem Wege à la Denker entfernt worden war. Es ist dies der fünfte Fall[1]), der im Laufe von $1^1/_2$ Jahren mit diesem Leiden in die Klinik aufgenommen wurde. Alle betrafen junge Männer, die Geschwülste waren von mittlerer Grösse und gingen alle von der Vorderfläche des Corpus os. sphenoidei, Recessus ethmoideo-sphenoidalis, dem Choanalrand und dem unmittelbar angrenzenden Theil der unteren Fläche aus, in allen Fällen mit grösseren oder kleineren Auswüchsen nach dem Epipharynx verbunden. In allen Fällen ging die Exstirpation ohne wesentliche oder gefährliche Blutung (mit Hülfe einer starken, geraden oder gebogenen Geschwulstzange) vor sich, indem sie sich stets schnell durch Tamponade hemmen liess. U. hat daher auch kein grösseres Bedürfniss gefühlt, die Kuhn'sche Intubation anzuwenden, selbst wenn sie gewisse Vortheile der Narkose gegenüber darbieten dürfte. Den grossen Fortschritt in der Behandlung verdankt man dem Nachweise, den Jacques und andere geliefert haben, nämlich, dass die Geschwülste von der genannten Region in der „obersten Etage" der Nasenhöhle ausgehen und nicht, wie früher angenommen (und nach wie vor von chirurgischer Seite festgehalten) von dem basalen Theil des Craniums über der Fornix

---

1) Kurz nachher ein 6. Fall.

(Pars basilaris os. occipitis und speciell das fibröse Gewebe zwischen diesem und dem Atlas).

Für die Richtigkeit der Annahme der Rhinologen sprechen auch die auf der hiesigen Ohren- und Halsklinik beobachteten Fälle. Sie werden ausführlicher in einer Festschrift behandelt werden, die im Laufe des Frühjahrs zu Ehren Onodi's erscheinen wird[1]).

Die Geschwülste dürfen nicht primär von dem Pharynx aus angegriffen werden, wodurch die Wurzel nicht erreicht wird, sondern von der Nase aus. Die früheren schlechten Ergebnisse mit zuweilen tödtlichen Blutungen sind eben darauf zurückzuführen, dass man die Operation von der verkehrten Seite in Angriff nahm. Bleibt dagegen nach dem nasalen Eingriff ein Rest der Geschwulst übrig, so ist nichts im Wege, diesen vom Rachen aus zu entfernen, falls dies am bequemsten erscheint. Ein retronasaler Tampon ist dann leicht anzubringen, z. B. mit einer Belloqueschen Röhre. Kleinere Reste lassen sich durch Galvanokaustik oder Thermokauter entfernen. In vier Fällen war die Heilung schnell und ohne Recidiv. Im demonstrirten Falle musste die Operation wiederholt werden wegen eines Recidivs, das wesentlich vom Sinus sphenoidalis ausging und längerer Behandlung mit Galvanokaustik trotzte. Der Patient ist jetzt geheilt und wird in einigen Tagen entlassen werden.

Uchermann demonstrirte einen Fremdkörper, eine Metallklammer, die mittels einer Zange bei einem dreijährigen Mädchen entfernt worden war. Sie sass im Introitus laryngis, mit ihrem hinteren Ende in die hypopharyngeale hintere Wand eingekeilt. Das Kind hatte schon bei der Aufnahme Fieber (38,5), und der Fremdkörper hatte bereits 2 × 24 Stunden gesessen. Es zeigte sich, dass eine doppelseitige Bronchopneumonie vorhanden war, an der das Kind zwei Tage später starb. Bei der Obduction fand sich auch ein mandelgrosser Abscess in der Pharynxwand, der dem unterem Rande des Fremdkörpers entsprach.

Fleischer demonstrierte ein zwölfjähriges Mädchen, das am 29. Januar 1912 ins Hospital aufgenommen worden war. Sie sollte zwei Stunden vor der Aufnahme eine Jahrmarktsblase verschluckt haben. Unmittelbar darauf hatte sie einen heftigen Anfall von Dyspnoe. Später war die Athemnoth kaum merkbar.

Man hörte einen schwachen Stridor, keine Einziehungen der Thoraxwand. Bei der Laryngoskopie war nichts Abnormes zu sehen, der obere Theil der Trachea noch gut zu sehen.

Bei Untersuchung der Lungen war die Respiration auf beiden Seiten gleich. Die Kranke war sehr ängstlich — mit einem Puls von ca. 112 — befand sich aber sonst wohl. Sie konnte ohne Beschwerden essen und trinken. Es wurde sofort Tracheotomia inf. unter Chloroformnarkose vorgenommen. Bei Einführung einer Pieniazek'schen Tube sah man das Mundstück des Fremdkörpers schräg über der Bifurcation liegen. Die Blase lag im linken Bronchus, während das freie Ende des Mundstücks gerade über der Mündung des rechten Bronchus stand. Es gelang mit Leichtigkeit, den Fremdkörper mit einer Patterson'schen Zange zu entfernen.

1) In der Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. erschienen.

Es stellte sich heraus, dass es eine gewöhnliche Jahrmarktsblase war, im Ganzen ca. 6 cm lang (3 cm Blase und 3 cm Mundstück) und mit einem Diameter von 9—11 mm. Der Fremdkörper hatte augenscheinlich ruhig in der Trachea gelegen, da die Blase sich an die Wand festgeklebt hatte — und ist dann wegen der starken Hustenstösse am Schlusse der Tracheotomie in den linken Bronchus aspirirt. Bemerkenswerth ist das Missverhältniss zwischen dem grossen Fremdkörper und der geringen Dyspnoe. Letztere war bei der Untersuchung so wenig hervortretend, dass die Krankengeschichte dem Untersucher höchst unwahrscheinlich vorkam.

Westerstod demonstrirte einen Ozaenapatienten, der 9 Monate früher mit submucösen Paraffininjectionen behandelt worden war. Die Nase hatte ein annähernd normales Aussehen.

Heidenreich zeigte das Instrumentarium zu Kuhn's peroraler Intubation.

---

e) Laryngological Section of the Royal Society of Medicine.

Sitzung vom 1. März 1912.

Vorsitzender: St. Clair Thomson.

St. Clair Thomson demonstrirt 1. den wegen Carcinom exstirpirten Larynx eines 33jährigen Mannes. Der Pat. war der Gesellschaft zweimal vorgestellt worden. Die Krankheit machte den Eindruck einer septischen Perichondritis;

2. zeigt er eine Patientin mit Combination von Syphilis und Tuberculose im Kehlkopf. Tuberkelbacillen im Sputum; Wassermann positiv. Beide Erkrankungen waren im Larynx in typischer Form vertreten.

Tilley, Thomson und Davis zeigen Fälle von Fixation der Stimmbänder in der Mittellinie. In Thomson's Fall handelte es sich um eine doppelseitige Posticuslähmung in Folge eines Mediastinaltumors, in Davis' Fall um Anchylose im Crico-arytaenoidgelenk. Es wurde gerathen, in diesem Fall die Aryknorpel zu exstirpiren, um einen Weg für die Luft zu schaffen, also eine Operation zu machen ähnlich der, wie sie Hobday bei den „rohrenden" Pferden ausführt; dagegen wurde jedoch eingewandt, dass die Resultate dieser Operation beim Menschen indifferent sind.

Tilley's Fall glich dem von Davis. Der Patient trägt seit 17 Jahren eine Tracheotomiecanüle.

Davis: 1. Maiskorn 14 Jahre lang als Fremdkörper in der Nase. Als das Korn ausgestossen wurde, keimte es.

2. Fremdkörper im Kehlkopf eines 3 Jahre alten Kindes. Es handelte sich um einen Kragenknopf. Der Fall war vom Armenarzt irrthümlich für Diphtherie erklärt und demnach behandelt worden. Durch die Tracheotomie

wurde der Zustand nicht gebessert. Bei der Section fand man den Knopf mit dem Kopf nach unten und den Luftweg vollkommen verlegend. Unglücklicherweise war der Fall weder direct noch indirect untersucht worden.

3. Functionelle Aphonie bei einem 6jährigen Kind.

Das Kind war seit 4 Jahren aphonisch. Es bestand typische Parese der Thyreo-Arytaenoidei. Heilung durch Faradisation.

4. Trauma des Larynx. 41jähriger Mann, der sich 1910 den Hals durchschnitten hatte. Die Stimmlippen waren durchtrennt worden und an ihre Stelle trat Granulationsgewebe. Seitdem sich dies organisirt hat, ist die Siimme wiedergekehrt und Pat. spricht jetzt gut.

5. 15jähriger Knabe mit doppelseitiger Stirnhöhleneiterung nach Influenza.

Der Knabe war schwer krank, sodass es den Anschein hatte, als ob es zum Exitus kommen würde. Die Vorderwände beider Stirnhöhlen waren perforirt und es bildete sich ein grosser Abscess, der sich nach dem Scheitel hin erstreckte. Die Augen waren geschlossen, das Gesicht enorm geschwollen. Der Fall war irrthümlich für Erysipel gehalten worden. Doppelseitige Stirnhöhlenoperation brachte Heilung. Kosmetisches Resultat gut.

6. Demonstration der Temperaturtabelle eines Falles von acutem Keilbeinhöhlenempyem vor und nach der Operation. Pat. wurde mit einem dunklen Krankheitsbild aufgenommen, war etwas benommen; es wurde die Diagnose auf Pyämie gestellt. Pat. klagte nicht über die Nase. Nach der von D. gleich vorgenommenen Operation ging die Temperatur zurück. Das Antrum wurde gleichfalls eröffnet.

7. 16jähriges Mädchen mit Lupus des harten und weichen Gaumens, der Epiglottis, des Larynx und beider Nasenhöhlen.

Es bestand auch Lupus erythematodes beider Wangen. Behandlung bestand in Tuberculininjectionen; Erfolg zweifelhaft. Die Krankheit hat sehr chronischen Verlauf und besteht seit 4 Jahren.

Wylie: Cyste am Aryknorpel bei einem 7jährigen tuberculösen Knaben.

Es bestand eine grosse durchscheinende cystische Schwellung der Aryknorpelgegend, die das linke Stimmband verdeckte. Es bestand Zweifel, ob es sich um eine einfache Cyste handelte oder um ein tuberculöses Pseudoödem, was bei Kindern selten vorkommt.

Jobson Horne: Fall von ausgedehnter und rapider Zerstörung des weichen und harten Gaumens in Folge Syphilis.

Der Fall betrifft eine 28jährige Frau. H. macht darauf aufmerksam, dass die Infiltration in diesen Fällen auf der Hinterfläche des Gaumens beginnt; im Frühstadium kann man irrthümlich die Krankheit für einen Nasenrachenkatarrh halten, wenn man nicht die postrhinoskopische Untersuchung macht.

Hovell empfiehlt in Fällen von rapidem Zerfall die locale und innerliche Anwendung von Opium.

St. Clair-Thomson hat die Destruction des Gaumens sich innerhalb einer Woche vollziehen sehen; in solchen Fällen ist das Salvarsan von grossem Nutzen.

Wilkinson: 1. 62jähriger Mann mit schwerer Epistaxis, vereint mit multiplen hereditären Teleangiectasien.

Patient war sehr ausgeblutet und schwach. Im Gesicht und am Hals waren multiple Teleangiectasien vorhanden; ebenso zeigte er teleangectatische Punkte an den Lippen, im Mund und auf der Zunge. Das Nasenseptum war beiderseits bedeckt von prominenten Gefässerweiterungen, bei deren Berührung sofort Blutung entstand. Die betreffenden Stellen wurden kauterisirt und nach mehrmaliger Behandlung blieb Patient geheilt. W. demonstriert auch Photographien des Falles.

2. Weisheitszahn, der nach der Extraction in den linken Bronchus gefallen war. Entfernung mittels oberer Bronchoskopie.

Kelson: Grosses Papillom, mittels directer Bronchoskopie aus der Trachea eines 24jährigen Mannes entfernt. Der Tumor sass mittels dünnen Stiels der Hinterwand auf, sehr weit unterhalb des Ringknorpels.

Watson Williams demonstrirt 1. an der Leiche seine osteoplastische Methode der Radicaloperation bei Stirnhöhlenerkrankung;

2. einen neuen Mundsperrer mit elektrischer Beleuchtung für Operationen im Rachen.

Sitzung vom 29. März 1912.

Vorsitzender: St. Clair-Thomson.

Howarth: Carcinom des Kehlkopfinnern, operirt in Infusionsnarkose mit Hedonal.

Howarth demonstrirt den Fall, um von den Vortheilen dieser Narkose zu sprechen. Hedonal ist ein Derivat des Urethan.

Peters: Enucleation der Tonsillen mittels Mackenzie'schen Tonsillotoms. Durch starkes Andrücken und richtige Haltung des Tonsillotoms gelingt es bisweilen die Tonsillen auf diese Weise mit ihrer Kapsel zu entfernen.

2. Asthma nasale. 43jährige Frau. Die Krankheit begann mit Niessparoxysmen, allmählich entwickelte sich typisches Asthma. Die mittlere Muschel ist stark geschwollen und drückt auf das Septum.

3. 14jähriges Mädchen mit Tumor der linken Highmorshöhle.

Moore: Instrumente zur Anwendung bei den Brünings'schen Röhren.

1. Zange zur Entfernung von Münzen, Zahnplatten etc. aus der Speiseröhre.

2. Schneidende Zange zum Durchschneiden eingekeilter Zahnplatten.

Lowe: 1. Lupus der Nase bei einem Knaben. Günstige Beeinflussung durch einmal wöchentlich vorgenommene Tuberculininjectionen. Die anderen Behandlungsarten hatten versagt.

2. Grosse Cyste des Gaumens bei einem Knaben. Die Cyste bestand schon seit Jahren, machte aber keine Beschwerden.

3. Grosse versprengte Struma. Sie sass tief in der Zungenbasis. Sie war 3mal operirt worden, jedoch recidivirt. L. spaltete die Zunge und entfernte den Tumor radical; seitdem kein Recidiv.

Mackenzie: Fall von Lupus des Nasenseptums bei einer 41-jährigen Frau.

Brown Kelly demonstrirt pathologische Präparate:

1. Tractionsdivertikel der Speiseröhre und Atrophie des linken Stimmbandes in Folge Infiltration von Drüsen hinter dem Aortenbogen.

2. Oesophagus mit multiplen Perforationen in Folge Geschwürsbildung durch Fremdkörper (Eicheln, Erbsen, Stück eines Schafwirbels). Pat. war ein Imbeciller und starb an Lungengangrän. Die Fremdkörper wurden durch Oesophagoskopie entfernt.

3. Oesophagus mit Narbenstenose. Pat. hatte Carbolsäure getrunken. Die Stenose war impermeabel und sass im unteren Drittel der Speiseröhre.

4. Oesophaguscarcinom, das in die Trachea durchgebrochen war.

E. D. Davis: Kehlkopfkrisen mit Posticuslähmung. Pat. ist Tabiker. Wassermann positiv. Vor 6 Jahren Syphilis.

Norman Patterson: Carcinom des Pharynx, das in zwei Operationen nebst den Cervicaldrüsen in intravenöser Aethernarkose entfernt wurde. Nach der ersten Operation war das rechte Stimmband gelähmt und blieb so bis jetzt, d. h. 6 Monate später.

H. J. Davis: 24jährige Frau mit einer taubeneigrossen Cyste der rechten Tonsille. Die Geschwulst ist transparent und von tiefgelber Farbe. Sie begann vor 2 Jahren zu wachsen, macht jetzt etwas Dysphagie.

H. J. Davis: Fremdkörper (Nagel) post mortem im linken Bronchus eines $2^1/_2$ Jahre alten Kindes gefunden, nebst völligem Situs inversus der Eingeweide.

Das Kind erkrankte vor 6 Monaten in seiner Heimath und starb an Lungengangrän. Interessant ist, dass der Nagel in den linken Bronchus gerieth, der — da völliger Situs inversus vorlag — eigentlich der rechte Bronchus war.

D. bespricht die Thatsache, dass die Aerzte den modernen Methoden, wie Bronchoskopie und Röntgenuntersuchung nicht genug Aufmerksamkeit schenken, wenn es sich um unklare einseitige Lungenerkrankungen handelt, die oft auf einen Fremdkörper zurückzuführen sind. H. J. Davis.

IV. Briefkasten.

Der gegenwärtige Stand der Vorarbeiten zur Ozaena-Sammelforschung.

IX. Bericht (1. Januar 1913).

An Stelle unseres unvergesslichen Albert Rosenberg ist dessen langjähriger Mitarbeiter, Herr **Dr. Hugo Hempel,** Berlin W. 50. Nürnberger Strasse 67, in das Berliner Comité eingetreten. Wir begrüssen in ihm einen zu ernster Arbeit entschlossenen Collegen, dessen Hülfe uns besonders für die Bewältigung der praktischen Arbeiten innerhalb Gross-Berlins hochwillkommen ist. Wir haben demgemäss mit diesen Arbeiten sogleich begonnen und hoffen nach Untersuchung von bisher 8 Gemeindeschulen mit ca. 5000 Kindern nunmehr all' diejenigen kleinen Schwierigkeiten überwunden zu haben, welche sich der Durchführung derartiger Arbeiten anfänglich in den Weg zu stellen pflegen. Auch für die Ausnutzung des gewonnenen Materials zu besonderen wissenschaftlichen Untersuchungen ist unsererseits Sorge getragen worden.

Zählformulare und Fragebogen sind inzwischen in französischer, englischer, italienischer, portugiesischer und japanischer Sprache erschienen und durch Vermittlung der Herren Organisatoren der betreffenden Länder käuflich zu beziehen.

Herr Dr. Mahu berichtet uns, dass die französischen Formulare von der Librairie Maloine, 25 et 27 rue de l'Ecole de médecine, Paris, zu beziehen sind und zwar beträgt der Preis 1. für den Fragebogen: 100 Stück 7 Fr. (bei Abnahme von mehr als 500 Stück 6 Fr.); 2. für das Zählformular: 100 Stück 4 Fr. (bei Abnahme von mehr als 500 Stück 3 Fr. 50); 3. für das Sectionsschema: 1 Stück 0 Fr. 05, 100 Stück 4 Fr. 50.

Des Weiteren erfahren wir von Herrn Dr. Mahu, dass die organisatorischen Arbeiten in **Frankreich** bereits durchgeführt sind und zu Beginn des Jahres 1913 programmmässig daselbst mit den praktischen Arbeiten begonnen werden wird. Demnächst wird ein Artikel in den „Annales des maladies de l'oreille“ erscheinen, der alle nothwendigen Instructionen zusammenfassen und eine vollständige Liste der Mitglieder der einzelnen Comités und Subcomités, sowie der übrigen Mitarbeiter enthalten wird.

Auch Herr Dr. Brown Kelly in Glasgow hat im October eine vorläufige Liste erscheinen lassen, welche bisher für Grossbritannien und seine Colonien 56 Hauptorganisatoren umfasst. Die Kosten für sämmtliche der **Sammelforschung in Grossbritannien** dienenden Drucksachen hat die Carnegie-Stiftung übernommen.

Die durch die weite Entfernung bedingte Schwierigkeit der Correspondenz verursacht im Verein mit den localen Verhältnissen, dass die für die Sammelforschung durchaus wichtige **Organisation im Bereiche der südamerikanischen Staaten** nur langsam Fortschritte macht. Um so mehr freuen wir uns berichten zu können, dass wir für **Brasilien** in der Person des Herrn Prof. Dr. Hilario de Gouvêa in Rio de Janeiro einen überaus eifrigen Organisator gewonnen haben. Derselbe erstattete uns folgenden vom 27. November 1912 datirten Bericht:

Das brasilianische Centralcomité (Sitz: Rio de Janeiro) besteht aus Herrn Prof. de Gouvêa, dessen Assistenten Dr. O. Paissegur, den Herren DDr. J. Marinho, Sá Fortes, Chardinal, Guedes de Meilo, Lionel Rocha und dem Armeearzt Alvaro Tourinho. Die anderen Specialisten, nämlich die DDr. A. do Rigo Lopes, Carneiro da Cunha, Alfredo da Azevedo, Neves da Rocha und Correia Leal Junior haben ihre Mitwirkung versprochen.

Im Staate Bahia (Hauptstadt: S. Salvador da Bahia) organisiren die Herren: Prof. Dr. Eduardo de Moraes und Dr. José Pondé.

Im Staate São Paulo (Hauptstadt gleichnamig) haben die Herren Dr. J. J. da Nova und Dr. J. Bueno de Miranda die Organisation übernommen.

Im Staate Minas Geraes (Hauptstadt Bello-Horizonte) wirken in gleichem Sinne die Herren Dr. C. Vaz de Mello und Dr. H. Marques Lisbôa.

Der Staat Pernambuco (Hauptstadt Recife) wird durch Herrn Dr. Soares de Avellar vertreten, der Staat Rio Grande do Sul (Hauptstadt: Porto Alegre) durch Herrn Octaviano de Brito.

Antwort steht noch aus von einem Collegen aus Belem (Para), einer in den nördlichen Grenzbezirken Brasiliens gelegenen Gegend mit vornehmlich indianischer Bevölkerung.

Alle Veröffentlichungen des brasilianischen Centralcomités finden in der daselbst verbreitetsten Zeitung O. Brasil Medico statt und werden in Form von Separatabdrücken an die einzelnen Organisatoren versandt. Fragebogen und Zählformulare sind mit Erlaubniss der Regierung in der Nationaldruckerei in portugiesischer Sprache gedruckt worden.

In Brasilien dauern ebenso wie in Chile die Sommerferien von December bis März, so dass in beiden Staaten die praktischen Arbeiten erst im März beginnen können.

Das rumänische Comité besteht aus den Herren: 1. Dr. Costiniu (Präsident), 2. Dr. L. Mayersohn (Generalsecretär), 3. Dr. Binnen-Bers, 4. Dr. Cobilovici, 5. Dr. Major J. Constantinescu, 6. Prof. agrégé Eug. Felix, 7. Dr. Elias, 8. Dr. Kugel, 9. Dr. Lobel, 10. Dr. Meteanu, 11. Dr. Neumann, 12. Dr. Orescu, 13. Dr. Seligmann, 14. Dr. Vechsler-Verea und 15. Dr. Wachmann. Dasselbe hat sich an die Specialisten in der Provinz, an die Chefärzte der Kinderhospitäler des ganzen Landes, an die grossen staatlichen Verwaltungen (Post, Eisenbahn etc.), an den Unterrichtsminister und an den Director des Medicinalwesens gewandt, um die Mithülfe all' dieser für die Forschung zu erbitten.

Prof. Uchermann in Christiania theilt uns unter dem 12. November 1912 mit, dass das **Comité für Norwegen** folgende Zusammensetzung hat:

DDr. Uchermann, Wetterstad, Goltung in Kristiania,
Dr. Kamstrop in Drammen,
Dr. Roll-Hansen in Kristiansand,
Dr. Swedsrud in Stavanger,
DDr. Erung in Bergen und Knudsen in Trondjem.

Die Untersuchungen sind in Kristiania schon lange im Gang. Es waren bis zum 12. November bereits 8000 Schüler untersucht.

Das unter Leitung des Herrn Prof. Siebenmann stehende **Schweizer Comité** (cf. V. Bericht) hat bisher für unsere Arbeiten die Herren Dr. F. Nager in Zürich, Dr. G. Nager in Luzern und Prof. Lindt in Bern gewonnen.

Das unter dem Präsidium des Herrn Hofrath Prof. Chiari arbeitende **österreichische Comité** verpflichtete folgende Mitarbeiter für die einzelnen Kronländer:

1. Dr. Victor Habel (Troppau) für Oesterreichisch-Schlesien.
2. Prof. Dr. Georg Juffinger (Innsbruck) für Tirol.
3. Dr. Josef Poras (Czernowitz) für die Bukowina.
4. Primarius Dr. W. Mager (Brünn) für Mähren.
5. Dr. Eberstaller (Linz) für Oberösterreich.
6. Dr. Démeter R. v. Bleiweis (Laibach) für Krain.
7. Dr. Alfred Leopold (Klagenfurth) für Kärnten.
8. Prof. Dr. Habermann (Graz) für Steiermark.
9. Dr. Josef Halbeis (Salzburg) für Salzburg.
10. Dr. F. Rode (Triest) für das Küstenland.
11. Prof. Dr. F. Nowotny (Krakau) für Westgalizien.
12. Prof. Dr. Frankenberger (Prag) für Czechisch-Böhmen.

Aus **Württemberg** haben wir zu berichten, dass **Herr Hofrath Krieg** aus Stuttgart fortzieht und daher die Leitung des württembergischen Comités an Herrn

Dr. Bock übertragen hat. Wir bedauern den Rücktritt dieses Forschers, dem wir eine der besten Monographien über die Ozaena verdanken, ausserordentlich und wollen es nicht versäumen, ihm an dieser Stelle unseren verbindlichsten Dank für seine der Forschung bisher gewidmeten Bemühungen auszusprechen. Mit Herrn Collegen Bock sind wir bereits in Verbindung getreten.

Was das **Grossherzogthum Baden** anbetrifft, so wirken in Freiburg, der Centrale der Organisation, unter dem Präsidium des Herrn Prof. Dr. Otto Kahler die Herren Prof. de la Camp, Prof. Salge, Dr. Schilling. Als Suborganisatoren sind thätig die Herren: Dr. Koellreuther in Karlsruhe, Dr. Auerbach in Baden-Baden, Privatdocent Dr. Marx in Heidelberg, Dr. Heinrich Werner in Mannheim, Dr. Hieber in Konstanz und Dr. Riecker in Pforzheim. Mit den praktischen Arbeiten soll demnächst begonnen werden.

Das **westpreussische Comité** hat in der Person des Herrn Dr. Hans Meier in Graudenz einen Suborganisator für den Regierungsbezirk Graudenz gefunden. In das Danziger Localcomité ist Herr Prosector Dr. Stahr eingetreten.

Aus dem **Königreich Sachsen**, sowie aus **Belgien** haben wir Nachricht von einer günstigen Entwicklung der Vorarbeiten und hoffen in unserem nächsten Bericht Näheres mittheilen zu können.

In **Russland** mit seinen für eine umfassende Organisation so ungeeigneten und schwierigen Verhältnissen wollte es uns nach dem Tode Hellat's lange nicht gelingen, eine geeignete Kraft für die Uebernahme dieser eine ausserordentlich grosse Energie erfordernden Arbeiten zu gewinnen. Jetzt haben wir daselbst in der Person des Herrn Privatdocenten Dr. Trofimow in Kiew, welcher gleichzeitig als Secretär des nächstjährigen russischen rhino-laryngologischen Congresses wirkt, einen ebenso energischen wie arbeitsfrohen Herrn Collegen gefunden, dem es wohl gelingen dürfte, der Sammelforschung auch in Russland den nöthigen Resonanzboden zu verschaffen.

Den nächsten Bericht denken wir in der Aprilnummer dieses Centralblatts zu veröffentlichen.

Geschäftsführendes Comité des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses für die Ozaena-Sammelforschung.

Prof. Dr. Grabower, Berlin W. 35, Genthiner Strasse 43.

Prof. Dr. Alexander, Berlin W. 50, Tauentzienstrasse 9.

Dr. Hugo Hempel, Berlin W. 50, Nürnberger Strasse 67.

Ausstellung gelegentlich des XVII. Internationalen Medicinischen Congresses in London 1913.

Unter dem Vorsitz von Prof. Dr. A. Keith, Royal College of Surgeons, hat sich ein Comité gebildet, das es unternommen hat, eine im Anschluss an den nächsten Internationalen medicinischen Congress, der im August d. J. in London stattfinden wird, zu veranstaltende Ausstellung zu organisiren, durch welche die in den letzten Jahren auf dem Gebiet der Medicin erreichten Fortschritte zur Veranschaulichung gebracht werden sollen. Die Ausstellung soll einen rein wissenschaftlichen Charakter haben mit Ausschluss des industriellen Elements. Sie soll im Imperial College of Science and Technology, South Kenington, London S.W., stattfinden und wird, soweit solches ausführbar ist, in Abtheilungen getheilt sein, die den Sectionen des Congresses entsprechen.

Ausstellungsgegenstände der Section XV Hals- und Nasenkrankheiten sollen sein:

Neubildungen der Nase, der Nebenhöhlen und des Rachenraums.
Seltene Kehlkopfgeschwülste.
Krankheiten der Luftröhre und Bronchien.
Broncho-Oesophagoskopie.

Das Comité ist bereit, die Kosten für die Beförderung der Ausstellungsgegenstände zu tragen und diese gegen Beschädigung und Verlust zu versichern, sowie für die sichere Rückbeförderung Sorge zu tragen.

Diejenigen Herren, die gewillt sind, dem Comité geeignete Gegenstände für die Ausstellung zur Verfügung zu stellen, werden gebeten, sich an den Secretär H. W. Armit (Ravenhurst, Talbot Road, Wembley bei London) in Verbindung zu setzen.

Société Belge d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie.

Die nächste Versammlung der Gesellschaft findet am 16. Februar in Brüssel, Hôpital St. Jean statt.

Folgende Referate stehen auf der Tagesordnung:

1. Revision des Milizgesetzes in Bezug auf die Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten. Referenten: L. Beco, V. Delsaux und De Marneffe.
2. Minimaltarif für die Honorare der Hals-, Nasen- und Ohrenärzte. Referent: M. Cheval.
3. Bestimmung der für den Seemannsberuf zulänglichen Hörgrenze. Referent: M. van de Calseyde.

Ferner wird M. Cheval wieder über die Nothwendigkeit sprechen, das Studium der Oto-Rhino-Laryngologie in Belgien obligatorisch und zum Prüfungsgegenstand zu machen.

Vorträge und Demonstrationen sind bis zum 15. Januar beim Secretär der Gesellschaft (Brüssel, Rue de la Régence 3 bis) anzumelden.

Laboratorium für experimentelle Phonetik in Hamburg.

Der Senat der freien Stadt Hamburg hat für die Ausgestaltung des unter der Leitung des bekannten Phonetikers Panconcelli Calzia stehenden Laboratoriums für experimentelle Phonetik eine grössere Geldsumme bewilligt.

Personalnachrichten.

Geh. San.-Rath Prof. Dr. Keimer, Docent für Oto-Rhino-Laryngologie an der Academie für praktische Medicin in Düsseldorf ist gestorben.

Prof. Masini ist zum Ordinarius für Oto-Laryngologie in Genua ernannt worden.

Dr. Guido Pinaroli hat sich für Oto-Rhino-Laryngologie in Turin habilitirt.

Dr. Victor Guttmann habilitirte sich an der tschechischen Universität in Prag für Laryngologie und Rhinologie.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIX. Berlin, Februar. 1913. No. 2.

I. Präludien zum nächsten Internationalen Laryngo-Rhinologencongress.

Wie unseren Lesern erinnerlich sein dürfte, wurde in der am 30. August 1911 in Berlin abgehaltenen Geschäftssitzung des III. Internationalen Congresses einstimmig vom Plenum beschlossen, eine für das Jahr 1915 vorliegende Einladung der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft nach Kopenhagen anzunehmen.

Diese Einladung war bereits Ende 1910 an das Internationale Comité für die Laryngo-Rhinologencongresse ergangen und hatte folgenden Wortlaut:

Kopenhagen, den 14. December 1910.

Im Auftrage der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft beehren wir unterfertigte Mitglieder der Gesellschaft uns hierdurch, den internationalen Laryngo-Rhinologencongress, der für 1915 im unmittelbaren Anschluss an den IX. internationalen Otologencongress in Aussicht genommen ist, nach Kopenhagen einzuladen.

Da jedoch unsere Gesellschaft nur 24 in Kopenhagen ansässige Mitglieder zählt, so werden wir nur in der Voraussetzung im Stande sein, die grosse Ehre zu haben, den Congress hier zu empfangen, dass die Dauer jedes Congresses auf zwei Tage beschränkt wird. Wir haben uns dabei gedacht, dass der Internationale Laryngo-Rhinologencongress in den Tagen Freitag und Samstag, 27. und 28. August 1915, stattfinden würde, während der Internationale Otologencongress Montag und Dienstag, 30. und 31. August 1915, tagen würde.

Die Dänische oto-laryngologische Gesellschaft wünscht ferner die Ehre zu haben, als Wirth für die auswärtigen Mitglieder der beiden Congresse bei einer Reception Donnerstag Abend, 26. August und bei einem Abschiedsbankett Dienstag, 31. August 1915, zu fungiren.

Eine mit dieser — mutatis mutandis — gleichlautende Einladung ist an den Präsidenten des IX. Internationalen Otologencongresses, Herrn Prof. Dr. Blake in Boston, abgesandt worden.

Hochachtungsvoll

(gez.) E. Schmiegelow. Gottlieb Kiaer. Holger Mygind.
Tetens Hald. Blegvad.

Am 22. October vorigen Jahres erhielt der Unterzeichnete als Schriftführer des Internationalen Comités für die Laryngo-Rhinologencongresse folgendes Schreiben der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft:

Kopenhagen, October 1912.

Im Auftrage der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft beehren wir unterfertigte Mitglieder der Gesellschaft uns, Ihnen hierdurch mitzutheilen, dass wir davon benachrichtigt worden sind, dass der Internationale Otologencongress von 1915 unsere Einladung nach Kopenhagen nicht angenommen hat, sondern in Deutschland tagen wird.

Somit ist zu unserem grossen Bedauern unser Wunsch vereitelt worden, den Internationalen Laryngologencongress und den Internationalen Otologencongress als unsere Gäste in Kopenhagen 1915 zu begrüssen. Wir sind dadurch gezwungen, auf die Ehre verzichten zu müssen, den Internationalen Laryngologencongress von 1915 hier zu empfangen, indem eine der Voraussetzungen unserer Einladung, die successive Tagung der beiden Congresse am selben Orte, nicht erfüllt werden kann. Durch diesen Verzicht unsererseits hoffen wir jedoch die wünschenswerthe Vereinigung der beiden Congresse schon für das Jahr 1915 ermöglicht zu haben.

Zum Schluss beehren wir uns, den Internationalen Laryngologencongress dazu einzuladen, im Jahre 1919 hier in Kopenhagen zu tagen, unter den gleichen Voraussetzungen, die für unsere Einladung vom 10. December 1910 maassgebend waren, d. h. dass der Internationale Laryngologencongress und der Internationale Otologencongress im Anschluss an einander stattfinden werden, und dass die Dauer jedes Congresses auf zwei Tage beschränkt wird.

Falls — wie wir hoffen — diese Einladung die Zustimmung des Internationalen Comités für die Laryngo-Rhinologencongresse findet, wird

eine entsprechende Einladung für 1919 an den Otologencongress von 1915 gerichtet werden.

Hochachtungsvoll

(gez.) Blegvad. Gottlieb Kiaer. Holger Mygind.
Jörgen Möller. E. Schmiegelow. P. Tetens Hald.

Diesen Brief ergänzte Herr College Jörgen Möller, der derzeitige Schriftführer der dänischen Gesellschaft, später dadurch, dass er dem Unterzeichneten mit der ausdrücklichen Bitte um Veröffentlichung an dieser Stelle den Brief zur Verfügung stellte, in welchem der Präsident des September 1912 in Boston abgehaltenen IX. Internationalen Otologencongresses den dänischen Collegen die Nichtannahme ihrer Einladung nach Kopenhagen mittheilte, sowie ferner das Antwortschreiben, das darauf an Herrn Prof. Blake erging.

Dieser Schriftwechsel lautete:

a) October 14th 1912.

Professor Dr. Jörgen Möller, President
of the Otolaryngological Society, Copenhagen, Denmark.

Dear Sir and Colleague!

In behalf of the invitation addressed to me, as the President of the Ninth International Otological Congress, in reference to the holding of tho next Congress, in 1915, in Copenhagen, I beg to report that the invitation in question was brought, in due form before the International Commitee of Organization and carefully considered, but that in view of the fact that the invitation included the proposition for a joint Laryngological and Otological Congress, and in default of further communication upon this subject and of the presence of Danisch representative, the proposition of the German Otological Society for an Otological Congress to be held in Germany, was accepted and Professor Alfred Denker, of Halle, was made President of the Committee of Organization therefore.

Will you do me the favor to accept for yourself and for your colleagues the expression of my personal hope that, at some time in the future, an Otological Congress may held its meeting in Copenhagen.

With the assurance of my regard, I am,

Sincerely yours

(sign.) Clarence John Blake.

b) Copenhagen, October 31th 1912.

Professor Dr. Clarence J. Blake, President
of the IX. Internat. Otolog. Congress Boston, U. S. A.

Dear Doctor!

I herewith acknowledge the receipt of your letter of oct. 14th with the communication about what had happened on the Congress in Boston two months ago. We are astonished to learn, that our wishes to join the Otological and the Laryngological Congress in Copenhagen in immediate succession of another should have been a cause to refuse our invitation, as it was decided in Buda-Pest, when the invitation to the Congress in Boston was accepted, that the two Congresses should in future always be held in the same place and at the same time.

As to the „default of further communication" we do not quite understand what further communications have been insisted for.

We now have done the only thing we could do; to write to the Laryngological Committee, who had accepted our invitation, that, as it was once decided that the two Congresses should be held on the same place, we were sorry, that we must resign also on the receipt of the Laryngological Congress for 1915, but that we hope we could join the two Congresses here in Copenhagen in 1919.

With best complimens

Yours sincerely

(sign.) Jörgen Möller.

Da der 1911 in Berlin gefasste Beschluss, den nächsten Internationalen Laryngologencongress in Kopenhagen abzuhalten, dadurch hinfällig geworden ist, dass die dänischen Kollegen ihre Einladung zurückgezogen haben, so bleibt nichts anderes übrig, als dass von neuem in Erwägungen über die Wahl eines geeigneten Congressortes eingetreten wird. Das Thatsachenmaterial ist den Mitgliedern des Internationalen Comités für die Laryngo-Rhinologencongresse mit dem Ersuchen um ihre Meinungsäusserung unterbreitet worden.

Nach den uns vorliegenden Antworten wird die Entscheidung voraussichtlich in einer Comitésitzung stattfinden, welche gelegentlich des im August d. J. in London tagenden Internationalen medicinischen Congresses einberufen werden wird. Finder.

II. Der Werth der Röntgendurchleuchtung als diagnostisches Hülfsmittel bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.

Sammelreferat

von
W. G. Porter, Edinburgh.

Der Werth der Skiagraphie als diagnostisches Hülfsmittel bei Erkrankungen der Nasennebenhöhlen ist jetzt fast allgemein anerkannt; jedoch wird sie von Niemandem als Ersatz für andere diagnostische Methoden angesehen, sondern vielmehr als eine werthvolle und in gewissen Fällen unerlässliche Bereicherung derselben. Ihr Werth wird auch von einigen Seiten bestritten. Herzfeld (1) glaubt, dass der Werth der Skiagraphie übertrieben worden ist. „Die Röntgenaufnahme verleitet oft zu falschen Schlüssen und die klinische Untersuchung sollte in allen Fällen die Diagnose entscheiden". Auch Zarniko (2), obwohl er den Werth der Röntgenaufnahme für die Bestimmung des Umfangs der Nebenhöhlen anerkennt, leugnet ihren Werth für die Diagnose der Eiterungen in den Höhlen.

Was die Technik betrifft, so kann die Aufnahme in anterio-posteriorer Richtung gemacht werden oder es können Profil-, Axial- oder Schrägaufnahmen gemacht werden. Die ersteren sind vom grössten Nutzen, wie die früheren Arbeiten auf diesem Gebiet (Scheier, Killian-Goldmann) gezeigt haben. Die Vorzüge der Sagittalaufnahme sind, dass die Nebenhöhlen auf beiden Seiten mit einander verglichen werden können, während bei Profilaufnahmen die Höhlen sich decken und sie zwar die Untersuchung gewisser anatomischer Beziehungen der Höhlen zu einander gestatten, aber keine Schlüsse auf etwaige Erkrankungen derselben zulassen. Für die Anfertigung von Sagittal- oder Profilaufnahmen hat Kuttner (3) eine technische Verbesserung in Gestalt eines Plattenhalters eingeführt, der von der Elektricitätsgesellschaft Sanitas angefertigt ist und an dem Blendenkasten verstellbar angebracht wird. Weder die anterio-posterioren, noch die Profilaufnahmen erlauben, die Keilbeinhöhlen nebeneinander zu studiren, denn auch bei den ersteren werden sie von dem Siebbein überlagert. Scheier (4) war der Erste, der Aufnahmen in axialer Richtung machte, um beide Keilbeinhöhlen nebeneinander zur Anschauung zu bringen. Nach seiner Methode wird die Platte unter dem Kinn parallel zur Horizontalebene gelegt, während die Röhre oberhalb des Scheitels angebracht ist. Der Hauptstrahl geht direct sagittal durch die Keilbeinhöhle. S. war im Stande, bei Untersuchungen an der Leiche die beiden Höhlen auf der Platte zu demonstriren, jedoch er bekam keine befriedigenden Resultate beim

Lebenden. In einer späteren Arbeit (5), in welcher er die Priorität der Methode in Anspruch nimmt, stellt er fest, dass auch bei kurzer Exposition von 3 Secunden oder weniger die Differenzen nicht genügend hervortreten, um für die Diagnose des Empyems werthvolle Ergebnisse zu liefern.

Pfeiffer (6), dem Scheier's erste Veröffentlichung augenscheinlich entgangen war, publicirte eine Methode, die practisch die gleiche war. Er gab an, dass er sie bereits vor Jahren versucht habe, dass er aber damals zu keinem Resultate gekommen sei, weil sein Instrumentarium unzulänglich war. Die Plattenkassette wird flach auf einen Tisch gelegt und der auf einem niedrigen Stuhl sitzende Patient wird nahe an den Tischrand gebracht, sein Kinn ruht auf der Kassette, wobei sorgfältig darauf zu achten ist, dass die Schädelbasis horizontal und parallel zu der Platte bleibt. Der Tubus wird über dem Kopf so aufgesetzt, dass die Achse der Strahlen vertical durch den Schädel geht. Die Einstellung erfolgt ca. 2 cm vor der äusseren Ohröffnung. Nach einer anderen Methode wird der Patient rücklings auf einen Tisch gelegt, wobei sein Kopf über die Tischkante hinüberhängt; der Scheitel ruht dabei auf der Kassette, die auf einen Stuhl gelegt ist. Der Tubus wird auf die Unterfläche der extendirten Kinngegend aufgesetzt, wobei ebenfalls darauf zu achten ist, dass die Strahlen in verticaler Richtung gehen. Pfeiffer bildet einen Fall ab, in dem eine Bismuthlösung in die eine Höhle injicirt wurde; die Differenz zwischen beiden Höhlen tritt in dem Skiagramm deutlich zu Tage. Eine Controllaufnahme vor der Bismuthinjection bei demselben Patienten zeigt beide Höhlen in gleicher Weise klar. In einem anderen Fall, in dem die Schleimhaut der linken Keilbeinhöhle und der Siebbeinzellen verdickt und ödematös war, bildet der Schatten dieser Höhlen einen deutlichen Gegensatz zu den gesunden Höhlen der Gegenseite. Ausser diesen Autoren haben sich auch Logan Turner und Porter dieser Methode bedient. Sie bilden ein Skiagramm ab, auf welchem die relative Grösse und die Umrisse der Keilbeinhöhle deutlich zu sehen sind. Sie haben erhebliche Schwierigkeiten gehabt, um gute Aufnahmen mit dieser Methode zu erzielen, sind aber doch der Ansicht, dass sie mehr Aufmerksamkeit verdient.

Schrägaufnahmen werden erwähnt von Scheier (4), besondere Aufmerksamkeit hat ihnen Rhese (8) zugewandt. Er placirt die Kassette so, dass sie sich auf das Jochbein und Nasenrücken stützt. Die dicke Schädelkapsel wird dabei ausgeschaltet, so dass Details leicht zu Tage treten. Die Vortheile dieser Methode bestehen darin, dass die Bilder eine grössere Breite haben, so dass in Bezug auf den Sitz der Erkrankung, ob er in den vorderen oder hinteren Siebbeinzellen oder im Keilbein liegt, mit grösserer Sicherheit Schlüsse gezogen werden können. Die Keilbeinhöhle ist zwar nicht völlig isolirt, wird aber nur von einigen Siebbeinzellen be-

deckt. Bei gesunden Individuen treten die Ränder der Höhle recht deutlich hervor; eine Verschleierung ist in pathologischen Fällen daher leicht herauszufinden. Der Nachtheil der Methode besteht darin, dass zum Zweck des Vergleiches der beiden Seiten zwei Aufnahmen gemacht werden müssen. R.'s Arbeit wird durch eine Anzahl Skiagramme illustrirt und die Methode scheint sicher weiterer Versuche werth zu sein.

Seit langer Zeit ist es ein Wunsch gewesen, stereoskopische Kopfaufnahmen zu erhalten und kürzlich hat Brünings [citirt nach Kuttner (3)] einen sehr ingeniösen Apparat angegeben, um solche zu erhalten. Dieser Apparat ist so construirt, dass die Verschiebung der fest miteinander verbundenen Röhrenblende und Röntgenröhre durch eine Pendelbewegung erfolgt, deren Drehpunkt mit der Plattenmitte zusammenfällt. Hierdurch wird erreicht, dass der Blendenapparat bei beliebiger Basisbreite selbstthätig gegen die Platte centrirt bleibt. In Wirklichkeit bewegt sich nämlich die Blende mit der Röntgenröhre auf der Oberfläche einer um die Plattenmitte gedachten Kugel, so dass sich auch stereoskopische Schrägaufnahmen mit selbstthätiger centrirter Röhrenblende unter beliebigem Winkel ausführen lassen.

B. hat ferner die Technik verbessert durch:

1. Abkürzung der Expositionszeit durch die Gehlerfolie,
2. Vereinigung beider Aufnahmen auf einer Platte,
3. Selbstthätige Verschiebung des Röhrenblendenapparates.

(Der Apparat wird angefertigt durch die Firma Reiniger, Gebbert und Schall in Erlangen.)

Stereoskopische Aufnahmen wurden veröffentlicht von Beck und von Logan Turner und Porter; beide Male wurden sie ohne besonderen Apparat aufgenommen. Beck bildet ein Stereoskop ab, das er zur Besichtigung der stereoskopischen Aufnahmen benutzt; es ist zusammenlegbar, kann in der Tasche getragen werden und befriedigt vollkommen. Für die Publication sind stereoskopische Drucke weniger geeignet als gewöhnliche Aufnahmen, da die nothwendige Grössenreduction ihren Wert erheblich beeinträchtigt und während ein stereoskopisches Schädelbild für den Anfänger eine sehr grosse Hülfe bei der Deutung des complicirten Kopfskiagramms bedeutet, ist der Referent der Ansicht, dass den auf diesem Gebiet Geübten die gewöhnliche Aufnahme über alles Wünschenswerthe unterrichtet.

Es erübrigt sich, in diesem Sammelreferat auf eine Deutung des Kopfskiagramms einzugehen; es findet sich darüber Eingehendes bei den früheren Autoren. Die eingehendste Beschreibung haben Logan Turner und Porter gegeben.

Die Röntgenaufnahmen sind von grossem Werth für das Studium der Entwicklung und des Wachsthums der Nebenhöhlen; sie sind von verschiedenen Autoren für diesen Zweck angewendet worden. von Eicken (10) zeigte eine Serie von anterio-posterioren Aufnahmen von kindlichen Schädeln aus verschiedenem Alter. Haike (11) hat eine erschöpfende Studie über diesen Gegenstand gemacht; er untersuchte 150 Kinder im Alter von 2—16 Jahren, indem er Sagittal- und Profilaufnahmen anfertigte, ausserdem machte er Schädelaufnahmen. Einige Kinder photographirte er in verschiedenen Lebensaltern und war so im Stande, die erste Bildung und Weiterentwicklung der Stirnhöhle zu zeigen. Er machte eine Aufnahme von einem 2 Jahre alten Mädchen und konnte keine Anzeichen einer Stirnhöhle entdecken, eine zweite neun Monate später gemachte Aufnahme zeigte eine rechtsseitige Stirnhöhle. In zwei Fälleu entdeckte H. kleine Stirnhöhlen bei Kindern von $3^1/_2$ Jahren. Onodi (12) bildet das das Skiagramm vom Schädel eines $3^1/_2$ Jahre alten Kindes ab, auf welchem beide Stirnhöhlen zu sehen sind, während an einem Schädel aus demselben Alter, den Logan Turner und Porter aufgenommen haben, kein Anzeichen einer Stirnhöhle zu entdecken ist. Wie die letztgenannten Autoren sagen, können, wenn nicht eine sehr grosse Anzahl von Aufnahmen bei Kindern unter 7 Jahren gemacht ist, keine verwerthbaren Schlüsse darauf gezogen werden, wie relativ häufig im frühen Lebensalter die Bildung von Höhlen zwischen den beiden Knochentafeln des Stirnbeins ist. H. hat die Aufmerksamkeit auf eine bei der Diagnose von Stirnhöhlen im Kindesalter mittelst Röntgenbilder mögliche Fehlerquelle gelenkt. In seltenen Fällen kann die Diploe des Stirnbeins so weitmaschig sein, dass ihr Schatten eine Höhle vortäuschen kann.

Die Kieferhöhlen sind bei der Geburt spaltförmig; das Skiagramm zeigt zu dieser Zeit keine Andeutung von ihnen (Logan Turner und Porter); später erscheinen sie als kleine, dreieckige Höhlen unter dem Infraorbitalrande. Haike giebt Maasse für die Kieferhöhle in verschiedenem Alter. Die Bestimmung des Alters, in welchem die Alveolarbucht sich entwickelt, ist von klinischer Bedeutung; wie Haike betont, kann dies nur durch eine Profilaufnahme dargestellt werden, da bei der Frontalaufnahme die dichten Schatten des noch nicht zum Durchbruch gelangten II. und III. Molaris auf den Boden der Höhle projicirt werden. Haike zeigt das Vorhandensein der Alveolarbucht im vorderen Theil des Kieferhöhlenbodens bei einem 8jährigen Kinde. Haike hat die Keilbeinhöhle zuerst auf dem Skiagramm eines $3^1/_2$jährigen Kindes differenciren können.

Was die Röntgenaufnahmen als Hilfsmittel für Diagnose und Therapie betrifft, so stimmen alle Autoren darin überein, dass sie von unschätzbarem Werth für die Bestimmung der Topographie der Höhlen

sind, dass sie für diesen Zweck durch nichts Anderes ersetzt werden können, und dass die Kenntniss der Topographie von Bedeutung ist, um im Voraus bestimmen zu können, was für eine Operation vorgenommen werden soll [Kuttner (3), Logan Turner und Porter (7), Worthington (13)].

Es sind aber auch Fälle berichtet, wo das Röntgenbild zu Fehlschlüssen geführt hat. B. Fränkel (14) berichtete in einer Sitzung der Berliner laryngologischen Gesellschaft über einen von ihm operirten Fall, in dem die klinischen Erscheinungen und eine frontale Aufnahme auf ein Empyem der Stirnhöhle deuteten, jedoch überhaupt kein Sinus vorhanden war. Scheier (15) bemerkte dagegen, dass, wenn eine Profilaufnahme gemacht worden wäre, der Irrthum in diesem Falle nicht entstanden wäre, und dass die Linie, die auf dem Frontalbild den oberen Rand des Sinus zu zeigen schien, wahrscheinlich durch eine Verdickung des Knochens bedingt war. Er konnte an dem Röntgenbild eines von ihm photographirten Schädels eine ähnliche, durch Knochenverdickung bedingte Linie nachweisen; eine Profilaufnahme desselben Schädels zeigte jedoch deutlich das Fehlen der Stirnhöhle auf der einen Seite.

Jansen (16) räth, in Fällen von Stirnhöhlenerkrankung sowohl Profilaufnahmen von beiden Seiten als auch eine Frontalaufnahme zu machen, weil bei Profilaufnahmen auch der Sinus der gegenüberliegenden Seite gesehen wird und zu Irrthümern Anlass geben kann. „Darauf wurde ich zum ersten Male aufmerksam in einem Falle von nur einseitiger Stirnhöhle mit compacter Knochenmasse auf der anderen Seite. Wir waren nach der Röntgenplatte — einseitige Verdunkelung auf der en face-, grosse Stirnhöhle auf der Profilplatte der kranken Seite — auf eine kranke Stirnhöhle von gehöriger Grösse gefasst und wurden durch das Fehlen bei der Operation überrascht."

Eschweiler (17) zeigte 6 Platten von 4 Patienten, die nachher operirt worden waren. Im Allgemeinen wurde die Diagnose durch die Operation bestätigt. „In einem Falle von asymmetrisch entwickelten Stirnhöhlen liess das Röntgenbild völlig im Stich und war eher geeignet, ganz falsche Vorstellungen von der Stirnhöhlentopographie bei dem Patienten zu erwecken." Da in der Arbeit keine Abbildung der Röntgenphotographie gegeben wird, so ist es unmöglich, irgendwelche Vermuthungen über die Ursachen des Irrthums in diesem Falle aufzustellen.

Die zahlreichen Veröffentlichungen früherer Autoren haben vollauf gezeigt, welchen Werth das Skiagramm für die Diagnose der Nebenhöhleneiterungen hat. Auf dem Internationalen Laryngologencongress Wien 1908 wurde dies weiter bestätigt. Hajek (18) wies darauf hin, dass trotz der zahlreichen diagnostischen Methoden die Zahl der unerkannt bleibenden Empyeme noch sehr beträchtlich ist, und deshalb sei die Röntgen-

aufnahme als neues diagnostisches Hilfsmittel willkommen zu heissen, das in vielen Fällen zu einer definitiven Diagnose führe. Burger (19) ist ebenfalls der Ansicht, dass die Eröffnung einer gesunden Stirnhöhle keine Seltenheit sei. Killian (20) betont ebenfalls den Werth der Röntgenaufnahmen. „Was sollen wir mit den diagnostisch so schwierigen Fällen von Erkrankung der Nebenhöhlenschleimhaut ohne Secretion anfangen, wenn wir kein Röntgenbild verwenden? Wie wollen wir in Fällen von Neuralgien des Nerv. supraorbitalis gleich das Rechte treffen, wenn sie uns Stirnhöhlenaffectionen vortäuschen?“

Beck (9) giebt eine Anzahl von Platten wieder, die den Werth der Röntgenaufnahme für die Diagnostik der eiterigen Nebenhöhlenerkrankungen veranschaulichen. [Vergl. auch Scheier (21), Peyser (22), Oertel (23), Jansen (16).] Während der Werth der Röntgenaufnahme für die Diagnose der eiterigen Erkrankungen allgemein anerkannt wird, muss doch zugegeben werden, dass gelegentlich Irrthümer vorgekommen sind, und, wie Scheier (21), Peyser (22), Kuttner (3), Beck (9) u. A. erwähnen, kann eine Verdunkelung auch bestehen bleiben, nachdem die Höhle schon geheilt ist. Ausserdem ist darauf hingewiesen worden (Albrecht), dass gelegentlich eine erkrankte Höhle im Röntgenbild normal erscheint und umgekehrt. Logan Turner und Porter sind aus ihrer Erfahrung nur 2 Fälle anzuführen im Stande, in denen sie durch das Röntgenbild getäuscht wurden. In einem dieser Fälle wiesen die klinischen Symptome auf eine Stirnhöhleneiterung hin, eine Verschleierung auf dem Röntgenbild liess vermuthen, dass möglicherweise eine Erkrankung vorliege; jedoch waren die Stärke des Schattens und die Umgrenzungslinie des Sinus nicht derart, dass sie eine Eiterung als sicher annehmen konnten. Bei der Operation erwies sich jedoch die Höhle als ausgesprochen erkrankt. In dem zweiten Falle — einer Ozaena — deutete das Aussehen des Röntgenbildes auf eine linksseitige Antrumeiterung. Die Höhle wurde punctirt und ausgespült; die Spülflüssigkeit kam aber klar wieder zurück und ohne Zeichen von Eiterung.

Jansen (16) hat verschiedene Fälle von ausgesprochener Nebenhöhlenerkrankung operirt, in denen das Röntgenbild keinerlei charakteristische Veränderungen aufwies und umgekehrt. Ein derartiger Fall ist in seiner Arbeit abgebildet, unglücklicher Weise jedoch ist die Reproduction sehr unvollkommen.

Während die Röntgenaufnahme der Nebenhöhle hauptsächlich gebraucht worden ist, um entzündliche Erkrankungen zu diagnosticiren, hat man sich ihrer auch bei anderen weniger häufigen Erkrankungen bedient. Logan Turner und Porter (7) haben gezeigt, dass sie in Fällen von Mucocele von Nutzen sein kann. Sie wiesen darauf hin, dass in diesen Fällen der

Schatten weit weniger dicht sein kann, als in der Norm und dass dies darauf beruht, dass die eine Knochenwand resorbirt ist; hat sich jedoch der Inhalt der Mucocele inficirt, so wird der Schatten gleich dem bei eitriger Erkrankung. Sie haben auch in acht Fällen von Naso-Antral- oder Choanalpolyp Röntgenaufnahmen gemacht und in allen diesen Fällen war auf der erkrankten Seite ein intensiverer Schatten vorhanden als bei einem normalen Sinus, während bei der gewöhnlichen Durchleuchtung die kranke Seite in sieben Fällen heller war und im achten beide Seiten sich gleichmässig durchleuchtet erwiesen. Sie kommen auf Grund ihrer Erfahrungen zu dem Schluss, dass, wenn in Bezug auf den Ursprung solcher singulärer Polypen irgend welche Zweifel bestehen, eine Röntgenaufnahme von erheblicher diagnostischer Bedeutung ist. Auch in Fällen von Zahncysten hat sich ihnen die Nützlichkeit einer Röntgenaufnahme erwiesen. Die Cysten können leicht als eine wohl umschriebene dunklere Partie innerhalb der Oberkieferhöhle erkannt werden. In einer Anzahl von Fällen maligner Erkrankung der Nasenhöhlen waren sie im Stande, die Ausdehnung der Erkrankung zu bestimmen.

Mosher (23) erwähnt einen Fall von Exostose der Stirnhöhle. Auf dem Röntgenbilde erschien sie als ein dunkler Körper, der die Höhle fast ausfüllte. Marschik und Schüller (24) beschreiben die Erscheinungen destructiver Erkrankungen der Keilbeinhöhle auf dem Röntgenbilde. In der Profilaufnahme erschien der Keilbeinkörper ungewöhnlich blass. Sie beschreiben auch das Bild, das Osteome bieten. Sie erscheinen als umschriebene knollenförmige Tumoren, die von den Muscheln oder Nebenhöhlen ausgehen oder als diffuse die Sinuswände betreffende Hypertrophien. Die genannten Autoren beschreiben eine Anzahl von Fällen, die dies veranschaulichen.

Scheier (25) hat Skiagramme veröffentlicht, die das Vorhandensein von Zähnen in den Nasenhöhlen sowohl beim Lebenden wie in anatomischen Präparaten zeigen. Der Werth der Röntgenaufnahme für die Entdeckung von Fremdkörpern in der Nase oder den Nebenhöhlen ist klar und ist von vielen Beobachtern betont worden.

Um das Resultat der Behandlung zu beurtheilen, haben sich Logan Turner und Porter (7) der Röntgenaufnahme bedient. Sie fanden es möglich, das Verschwinden der die Erkrankung anzeigenden Verschleierung bis zum schliesslichen Gleichwerden beider Seiten zu verfolgen. Nach einer Killian'schen Operation wird die Röntgenaufnahme zeigen, ob die Stirnhöhle vollständig obliterirt ist und ebenso ist es möglich, nach einer Radicaloperation an der Kieferhöhle zu beurtheilen, in welcher Ausdehnung die Höhle obliterirt ist.

Literaturverzeichniss.

1. Herzfeld, Beiträge zur Anat., Phys. etc. des Ohres. Bd. 2. 1909.
2. Zarniko, Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. Berlin 1911.
3. Kuttner, Handbuch der speciellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege (Katz-Preysing-Blumenfeld). Bd. 1. 2. Hälfte.
4. Scheier, Beiträge zur Anat., Physiol. etc. des Ohres. Bd. 1. Heft 5 u. 6.
5. Scheier, Archiv f. Laryngol. Bd. 24. Heft 1.
6. Pfeiffer, Archiv f. Laryngol. Bd. 23. Heft 3.
7. Logan Turner und Porter, The Skiagraphy of the accessory nasal sinuses. 1912.
8. Rhese, Archiv f. Laryngol. Bd. 24. Heft 3.
9. Beck, Atlas of Radiography of the mastoid region and of the nasal accessory sinuses. 1911.
10. von Eicken, Verhandlungen des Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses. Wien 1909.
11. Haike, Archiv f. Laryngol. Bd. 23. Heft 2.
12. Onodi, Die Nebenhöhlen der Nase beim Kinde. 1911.
13. Worthington, The Laryngoscope. 1909.
14. B. Fränkel, Internat. Centralbl. f. Laryngol. 1909.
15. Scheier, Archiv f. Laryngol. 21. Bd. Heft 3.
16. Jansen, Deutsche Zeitschr f. Chirurgie. Bd. 99. 1909.
17. Eschweiler, Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbericht. No. 7. S. 326. 1909.
18. Hajek, Verhandl. Internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses. Wien 1909.
19. Burger, Verhandl. Internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses. Wien 1909.
20. Killian, Verhandl. Internat. Laryngo-Rhinologen-Congresses. Wien 1909.
21. Scheier, Internat. Centralbl. f. Laryngol. S. 494. 1909.
22. Peyser, Internat. Centralbl. f. Laryngol. S. 495. 1909.
23. Mosher, Transactions of the American Laryngol. association. 1910.
24. Marshik und Schüller, Verhandlungen des III. Intern. Laryngo-Rhinologen-Congresses. Berlin 1911.
25. Scheier, Archiv f. Laryngol. Bd. 23. Heft 3.

III. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Petersen** (Lehe). **Ueber Auscultation des oralen und nasalen Athemgeräusches.** *Med. Klinik. No. 41. 1912.*

Zweck der Auscultation des oralen oder nasalen Athemgeräusches ist, pathologische Nebengeräusche zu erkennen, so bei der Bronchitis (feines Rasseln), bei allgemeiner Bronchiolitis (feines Knistern), beim Keuchhusten (besonders kurz vor dem Anfalle ein reichliches feines und vereinzeltes gröberes Rasseln), beim asthma-

tischen Anfalle (neben Pfeifen und Giemen ein reichliches Knistern), bei initialer Tuberculose (feines Rasseln), in den späteren Stadien der Tuberculose (grobes Rasseln), bei fieberhaften Erkrankungen kleiner Kinder mit Entzündungsprocessen der Luftwege und Lungen, wo die Auscultation der Brustwand keinen Befund giebt (Knistern und feinblasiges Rasseln). Verf. bevorzugt die Auscultation mit dem blossen Ohre, indem er vor dem geöffneten Munde des Patienten horcht.

SEIFERT.

2) **Remouchamps** (Gent). **Ueber Mundauscultation. (Over mondbeluistering.)** *Geneeskundig Tijdschr. voor Belg. 15. Februar 1912.*

Verf. beschrieb das Symptom der oralen Auscultation bei Lungentuberculose bereits 1908 in der Semaine médicale (2. Dec., „La crépitation laryngée). Nahe am geöffneten Munde des Lungenkranken hört man ein feines Knistern, bisweilen ist es in grösserer Entfernung, bis auf einen Meter hörbar. Auch hat das Symptom bei der Heilung der Krankheit einen hohen Werth. Immerhin giebt es Fälle von Lungenschwindsucht, wo es nicht besteht.

H. BURGER.

3) **Jul. Schreiber. I. Ueber die normalen Vorgänge beim Schlucken und die Schluckkraft.** *Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 17. H. 6. 1911.*

Durch physiologische Untersuchungen sowie durch Röntgenbestrahlung einer Anzahl Versuchspersonen vermittelst des Einschlag-Röntgenapparates (Belichtungsdauer 0,005 Secunde) fand Verf., dass Kronecker's und Meltzer's Angaben über den Schluckvorgang, deren Grundversuche er als fehlerhaft nachweist, nicht zutreffen. Nach Verf. besteht der Schluckact nicht, wie letztgenannte Autoren annehmen, aus einem einzigen Druck- oder Spritzvorgange, sondern er setzt sich aus einer Reihe von Einzelacten zusammen. Die Schluckmasse wird absatzweise in den Anfangstheil der Speiseröhre durch den buccopharyngealen Schluckact vermittelst der Thätigkeit des M. mylohyoideus und der Pharynxconstrictoren hineingepresst. Dadurch, dass jetzt der Kehlkopf nach oben und vorwärts steigt, wird der Oesophaguseingang frei, und nun erst kann die Fortbewegung der Schluckmasse aus dem buccopharyngealen in den ösophagealen Theil der Schluckbahn von Statten gehen. Die Kraft, mit welcher der Bissen bis hierher befördert wurde, wird repräsentirt durch den im abgeschlossenen Mundrachenraum, etwa 20 ccm Wasser betragenden buccopharyngealen Schluckdruck. Unter diesem Druck, unterstützt durch den nach dem nunmehrigen Abstieg des Kehlkopfes und durch die Verkürzung der Speiseröhre bewirkten Druckzuwachs, fliegt der Bissen mit einer Geschwindigkeit von ca. 33 cm pro Secunde noch etwa 2—3 cm unter den Oesophaguseingang hinab. Inzwischen ist die Peristaltik des Halstheils der Speiseröhre in Thätigkeit getreten. Diese erfasst nun den Bissen oder Trunk an der letzt angegebenen Stelle und schiebt ihn mit einer Geschwindigkeit von ca. 25 cm pro Secunde in die Pars thoracica hinein. Hier langt er nach ca. 0,8—1 Sec. nach Schluckbeginn an, also auch wieder stark im Widerspruch zu Kronecker's und Melzer's Angaben, welche die Zeitdauer des Schluckactes bis zur Cardia nur auf 0,1 Sec. bemessen. Der zeitliche Ablauf des Schluckactes wird nicht unbeträchtlich beeinflusst durch Form und Grösse, durch Temperatur und Schmack-

haftigkeit des Trunkes oder Bissens, durch Appetit, Hunger, Durstgefühl u. dgl. m. So werden schmackhafte, glatte, entsprechend temperirte Bissen leichter geschluckt und rascher bewegt als gegentheilig beschaffene. GRABOWER.

4) **Jul. Schreiber. II. Zur Lehre vom Schluckmechanismus.** *Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 67. 1911.*

Gegenüber einigen Einwänden von R. H. Kahn, Kronecker, Meltzer u. a. hat Verf. seine Versuche einer erneuten Controle unterzogen. Es bot sich ihm hierzu eine günstige Gelegenheit bei zwei Personen mit toxischer Strictur in der Pars thoracica oesophagi, bei welchen nach Roux's Methode der Versuch geglückt war, einen neuen Speiseweg zu bilden. Die Fortbewegung der verschluckten Flüssigkeit liess sich in diesen Fällen durch den normalen Halstheil bis an und durch die neu gebildete Pars thoracica oesophagi palpiren und graphisch registriren. Die Untersuchungen ergaben eine allgemeine Bestätigung der Resultate des Verf. und zeigen, dass Kronecker's und Meltzer's aus ihren erneuten Versuchen gezogenen Folgerungen hinsichtlich des Schluckvorganges und hinsichtlich der für den Schluckact erforderlichen Zeit nicht zutreffen. GRABOWER.

5) **Jul. Schreiber. III. Zur experimentellen Pathologie und Chirurgie des Schluckapparats.** *Mittheil. aus den Grenzgebieten d. Med. u. Chir. 24. Bd. 2. H. 1912.*

Verf. hat neuerdings wiederum bezüglich einiger den Schluckact betreffender Fragen einige Untersuchungen angestellt an zwei in der chirurgischen Klinik zu Königsberg vermittelst Oesophagoplastik erfolgreich operirten Kranken mit gutartiger Oesophagusstrictur. Die topographischen Verhältnisse lagen in beiden Fällen so, dass die Speiseröhre aus dem Mediastinum in die vordere Thoraxfläche verlagert worden war, nur fehlte die Muscularis innerhalb des verlegten Brusttheils. In beiden Fällen war die Speiseröhre nach halbaxialer Durchtrennung an die äussere Haut vernäht. In Folge dessen blieb der thoracale Rest der Speiseröhre bis zur Strictur in freier Communication mit dem neuen Speisewege bestehen. Daher kam es, dass der erste Schluck nicht selten fast ganz in den alten, blind endigenden Oesophagusrest hineingerieth. Erst wenn dieser voll war, wurde der Trunk direct und vollständig durch die neu hergestellte Pars antethoracica abgeführt. Es konnten hier also sehr gut die ersten natürlichen Vollschluckpulse für die Untersuchung in Betracht gezogen werden. Von hier abwärts konnten die Bewegungen durch den antethoracalen Hautschlauch studirt werden. Die so gewonnenen sphygmographischen und röntgenologischen Resultate ergaben, dass die Ausführungen Meltzer's u. A., wonach der Schluckact normaler Weise ein in einem Acte mit Augenblicksgeschwindigkeit sich vollziehender Spritzvorgang sei, unrichtig sind. — Mit vorstehenden Ergebnissen stimmen die Resultate der jüngsten Untersuchungen von F. Kraus (Zeitschr. f. exp. Pathol. Bd. 10. H. 3) nicht ganz überein. Nach diesem Autor wird unter dem Stempeldruck der Mm. mylohyoidei und hyoglossi unter gleichzeitigem activen Erschlaffen des Tonus des Oesophaguseinganges die Schluckmasse in einem Zuge bis tief hinab in den Oesophagus geworfen. In der zweiten, der ösophagealen Periode ist es die Muskel-

kraft des Oesophagus, welche in Form einer, stets von oben nach unten fortschreitenden peristaltischen Welle den Speisebrei in den Magen ausstreift.

GRABOWER.

6) **Stadler** (Wiesbaden). **Meltzer'sche Insufflation bei Athemlähmung.** *Therap. Monatshefte. September 1912.*

Verf. gelang es, bei einem Fall von Athemlähmung durch künstliche Lungenventilation mittels Sauerstoffinsufflation das Leben des Patienten zu retten. Ein Seidenkatheter mittlerer Dicke wurde durch den Kehlkopf bis zur Bifurcation eingeführt und durch einen Schlauch mit der Sauerstoffbombe verbunden, deren Reducirventil vorher auf einen schwachen Ausfluss eingestellt wurde. Nach $2^1/_2$ Stunden setzten spontane Athembewegungen ein.

W. SOBERNHEIM.

7) **Marschik. Ueber Allgemeinanästhesie.** (K. k. Ges. der Aerzte in Wien, Sitzung v. 28. Juni 1912.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 27. 1912.*

Für alle Arten von Operationen am Kopf, im Rachen, in der Nase, den Nebenhöhlen, am Oberkiefer und Gaumen ist, wenn nicht in Localanästhesie operirt wird, die perorale Intubation nach Kuhn das jedenfalls zweckmässigste Verfahren der Anästhesirung.

HANSZEL.

8) **Eduard Borchers. Zur Technik der Chloräthylnarkose. Nachtrag zu: „Die totale Enucleation der Gaumenmandeln"** (No. 41 d. W.). *Münchener med. Wochenschr. No. 50. 1912.*

Erörterung der Technik, wie sie sich nach Verf. bei der ambulanten, digitalen Enucleation der Tonsillen bewährte.

HECHT.

9) **Georg Hirschel. Die Localanästhesie bei Operationen am Pharynx und Oesophagus.** (Aus der Heidelberger chir. Klinik. Direktor: Prof. Dr. Wilms.) Mit 1 Abb. *Münchener med. Wochenschr. No. 44. 1912.*

Unter Hinweis auf die anatomischen Verhältnisse, die durch eine instructive Abbildung aus Spalteholz illustrirt werden, schildert Verf. die Technik der Anästhesie, die als Leitungsanästhesie einen höheren und vollendeteren Grad der Localanästhesie darstellt. Die chronischen Erkrankungen des Pharynx, die eine Operation erfordern, betreffen hauptsächlich die malignen Tumoren und unter ihnen das Carcinom, das meist als oro- oder laryngopharyngeales auftritt. Die Anästhesie benöthigt nun die temporäre Ausschaltung des Nervus glossopharyngeus und meist auch Vagus, die man dicht beieinander, unterhalb ihres Durchtrittes durch das Foramen jugulare erreicht, wenn man „ziemlich in der Querachse des Schädels . . . an der Hinterseite des Processus articularis des Unterkiefers, dicht am Processus mastoideus am vorderen Rande des Kopfnickers in gerader Richtung etwa 3—4 cm in die Tiefe am Processus styloideus vorbei gegen den Condylus occipitalis einsticht". Je nach der Wahl des Hautschnittes wird man das subcutane Gewebe und die Musculatur an der entsprechenden Stelle des Halses infiltrirend anästhesiren und dadurch die Bahnen der Nn. cutanei colli laterales und des N. auricularis magnus unterbrechen. Bei ausgedehnteren Tumoren, die noch auf andere Sensibili-

tätsgebiete übergreifen, so auf den weichen Gaumen (Trigeminus II) oder auf die Zunge (im vorderen Theile dem Trigeminus III angehörig) oder auf die Gegend der Epiglottis (N. laryngeus superior N. vagi) muss ausser dem N. glosso-pharyngeus und N. vagus auch noch der Trigeminus II und III am Foramen rotundum und ovale ein- oder doppelseitig anästhesirt werden. Bei der entsprechenden Auswahl der Fälle (auch Psyche!) und den nöthigen Cautelen wird die Leitungsanästhesie als Ersatz der Allgemeinnarkose segensreich wirken, und die durch die Allgemeinnarkose bedingte Gefahr der Aspiration, sowie eine complicirende Pneumonie — zumal die Pharynxcarcinome meist das höhere Alter betreffen — vermeiden. 4 Fälle unter Glossopharyngeus-Anästhesie und ein fünfter, bei dem auch noch der Vagus anästhesirt wurde, werden mit ihrem guten Operationsresultat in Kürze geschildert. Bezüglich Details der Technik sei auf das Original verwiesen.

HECHT.

10) **Lüders** (Hamburg). **Locale Anästhetica unter besonderer Berücksichtigung von Propaesin.** *Wiener klin. therap. Wochenschr. No. 23. 1912.*

Propaesin ist der Propylester der Paramidobenzoesäure und wird als von unangenehmen Nebenwirkungen freies Anaestheticum bestens empfohlen.

HANSZEL.

11) **Nikitin. Beobachtungen aus der Praxis. (Observations de la pratique.)** *Arch. internat. de laryng. T. XXXIV. No. 2. 1912.*

In einem Falle fand Verf. einen gestielten erbsengrossen Polypen zwischen Epiglottis und Zungenbasis, nach dessen Abtragung eine ganze Reihe von Störungen (Husten, Kratzen, Erstickungsgefühl u. s. w.) verschwanden. In einem anderen Falle war mit Polypen der Nasenhöhle vergesellschaftet ein Tumor des rechten Aryknorpels, wenig beweglich von der Grösse einer Mandel, von grau-rother Farbe, unregelmässiger Oberfläche, bei Berührung leicht blutend. Stimme und Athmung waren nicht gestört, weshalb Verf. sich nicht zur Operation entschloss. Allmählich wuchs der Tumor, stielte sich ab und eines Tages riss der Stiel während einer Hustenattaque los. Spontanheilung. Eine dritte Beobachtung betrifft eine Frau mit Pachydermie der Stimmbänder, die durch galvanokaustische Stichelungen geheilt worden ist. Endlich erfolgt die Beschreibung eines Falles von anfänglich verkannter Syphilis, der mit Tuberculose verwechselt worden ist, namentlich wegen einer bestehenden Subcontinua. Fieber im Verlaufe der Syphilis ist nicht unbekannt, wenn auch selten. Verf. hat einen analogen Fall später zu sehen Gelegenheit gehabt. Beide Fälle betrafen Frauen.

LAUTERMANN.

12) **Nikitin** (Petersburg). **Casuistische Mittheilungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 1236. 1912.*

1. Kleiner gestielter Schlundkopfpolyp bei 36 Jahre altem Mann. 2. Bei 66 Jahre alter Frau grosser Kehlkopfpolyp, der allmählich beweglich und dann ohne ärztliches Eingreifen ausgehustet wurde. 3. Tertiäre Syphilis des Nasenrachens, begleitet mit Fieber. Anhaltspunkte für Tuberculose im Rachen oder im übrigen Körper fehlten. Heilung durch Quecksilbereinspritzungen.

OPPIKOFER.

13) **Goris. Demonstration anatomischer Präparate. (Présentation de pièces anatomiques.)** *Annales de la société médico-chirurg. du Brabant. No. 9. 30. September 1912.*

Demonstration von vier Halstumoren: 1. Grosse Struma, die Trachea comprimirend. 2. Drei Tumoren der seitlichen Halsgegend: ein Lymphosarkom, ein Adenocarcinom und ein arterielles Angiom der Glandula submaxillaris.

PARMENTIER.

14) **H. Kaczynski. Technische Mittheilung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 1173. 1912.*

1. Modification des Ringmessers. 2. Modification am ösophagoskopischen Rohr: das ösophagoskopische Rohr enthält in der Seitenwand eine Art Saugrohr, das an eine Pumpe angeschlossen wird, die direct mit dem Pantostaten in Verbindung gebracht wird. Es lässt sich nun der Schleim ohne Unterbrechung und ohne Assistenz mühelos ansaugen. 1 Abbildung.

OPPIKOFER.

15) **R. Hoffmann** (München). **Technisches. (Neue Instrumente.)** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 1168. 1912.*

Verf. erklärt und bildet ab: 1. ein Hirnmesser, 2. eine Alkoholspritze zur Daueranalgesirung des Larynx, 3. ein Kehlkopfröhrchen zum Ansaugen pulverförmiger Medicamente, 4. einen Nasenspray, 5. ein Messer zum Umschneiden des Schleimhautlappens der lateralen Nasenwand bei radicalen Kieferhöhlenoperationen, 6. ein Messer zur Stieldurchschneidung bei intranasalen Nebenhöhlenpolypen, 7. ein Messer zum Schleimhautschnitt bei Septumresection, 8. eine Zange nach Struycken, von unten nach oben schlagend, 9. eine Nadel zur continuirlichen oralen Schleimhautnaht bei der radicalen Kieferhöhlenoperation, 10. ein gefensterter Spatel, 11. einen Platinbrenner mit Luftzuführung zur rauchfreien Caustik, 12. Saugapparate für Nase und Ohr, 13. eine Schutzvorrichtung für das Gesicht.

OPPIKOFER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

16) **Henry H. Hartz. Die Lymphgefässe der Nase und des Nasenrachens. (The lymphatics of the nose and naso-pharynx.)** *The Laryngoscope. März 1912.*

Die Lymphgefässe der äusseren Nase sind tributär der parotiden Gruppe von Drüsen, den submaxillären und den tiefen Cervicaldrüsen. Die Lymphgefässe der Nasenhöhlen ergiessen sich in die lateralen retropharyngealen Drüsen und die tiefen Cervicaldrüsen. Die regionären Lymphgefässe des Pharynx und der Tonsillen sind die mittlere und seitliche retropharyngeale und schliesslich die tiefe obere cervicale Gruppe, welche gelegentlich mit der lingualen und peritrachealen anastomosiren.

Betrachten wir das Lymphgefässsystem des Nasenrachens, so bemerken wir: 1. Den Reichthum des capillaren Netzwerkes und die Häufigkeit der Anastomosen nach allen Richtungen und über die Mittellinie hinweg. 2. Die Thatsache, dass das Lymphsystem von Nase und Hals mit dem der Umgebung in Verbindung steht,

nämlich mit dem der Stirn, Wange, Oberlippe, des Augenlids, des äusseren Ohres, andererseits mit dem der Tube, des weichen Gaumens, des Pharynx, der Sinus und der Perimeningealräume. 3. Die Lymphgefässe von Zunge, Lippen, Gaumen, Zähnen und Mundboden stehen alle in intimer Beziehung und ergiessen sich in die submentalen, submaxillaren und infraauriculären Drüsen.

Die Tonsillen, die so oft der Sitz einer primären Infection sind, können auch secundär auf dem Lymphwege bei acuten Infectionen der benachbarten Organe erkranken. Dasselbe ist der Fall bei Syphilis und nach Operationen in der Nase, besonders bei Tampongebrauch.

Die Lymphwege spielen als Träger der Infection eine wichtigere Rolle, als ihnen im Allgemeinen zugetheilt wird. EMIL MAYER.

17) **J. Lang** (Prag). **Ueber Choanenatresie (Heredität derselben).** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 970. 1912.*

Verf. bespricht 6 Fälle von Chonanalatresie aus der Prager Universitätsklinik für Nasenkranke. Die 3 letzteren Fälle sind dadurch interessant, dass sie in der gleichen Familie (Mutter und 2 Kinder) beobachtet wurden. In dieser Familie sind übrigens, nach der Anamnese zu schliessen, im Verlaufe von 3 Generationen noch 2 weitere Fälle vorgekommen. Die Choanalatresie sass bei der Mutter und den 2 Kindern rechterseits; die rechte Gesichtshälfte war deutlich schwächer entwickelt und das rechte Auge etwas näher der Medianlie als das linke. Die Choanalatresie und die Gesichtshypoplasie werden als angeboren, als eine im Keim präformirte Anomalie aufgefasst und der hohe asymmetrische Gaumen nach der Auffassung von Siebenmann nls Theilerscheinung der Leptoprosopie betrachtet. OPPIKOFER.

18) **H. Bell Tawse. Ein Fall von angeborenem Verschluss der rechten Choane. (A case of congenital occlusion of the right posterior naris.)** *Journal of laryng., rhinol. and otol. Juli 1912.*

30jähriger Mann mit totaler rechtsseitiger Nasenverstopfung seit der Geburt nebst wässriger Absonderung aus derselben Nasenseite. Das Septum war stark nach rechts verbogen und die Choane völlig durch eine Wand verschlossen. Submucöse Resection des Septums und Beseitigung des Septumverschlusses mit Meissel und Trephine. 6 Monate später fand Verf. die Nase auf der betreffenden Seite ganz durchgängig. JOHN WRIGHT.

19) **Fr. Schlemmer** (Wien). **Partieller bilateraler Choanalverschluss durch eine Plica retrenasalis transversa congenita.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 1161. 1912.*

Bei der 44 Jahre alten Patientin, die sich nie erinnert, je ernstlich krank gewesen zu sein und seit vielen Jahren an behinderter Nasenathmung litt, bestand neben der Ozaena mit linksseitiger Kieferhöhleneiterung ein unregelmässiger höckriger Gewebsstrang, der von einem Tubenwulste zum andern zog. Verf. glaubt Lues ausschliessen zu dürfen, da die Wassermann'sche Reaction negativ ausfiel und die Frau vier normale Geburten und keinen Abort durchgemacht hatte. Bei der histologischen Untersuchung des Stranges fand sich unter dem Plattenepithel

im Bindegewebe adenoides Gewebe mit dichtgedrängten Lymphfollikeln; dieser Befund spricht nach Verf. ebenfalls mit grosser Wahrscheinlichkeit für das Angeborensein der Membran, da nach Chiari in Narbenmembranen Drüsen und Follikel fehlen.

OPPIKOFER.

20) **Joseph Lindenmeyer** (Pressburg). **Zur Therapie des Schnupfens und seiner Complicationen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 17. 1912.*

Verf., an häufigem, acutem Schnupfen leidend, hat die besten Erfahrungen mit Dionin gemacht. 2 Tabletten à 0,03 vor dem Schlafengehen befreiten ihn von seinem unerträglichen Hustenreiz, ein anderes Mal konnte er durch 3 Tabletten seinen Katarrh coupiren.

ZARNIKO.

21) **P. Sick** (Leipzig). **Chirurgische Prophylaxe des acuten Schnupfens mit Salicyl.** *Münchener med. Wochenschr. No. 29. 1912.*

Unter Hinweis auf die Unannehmlichkeiten, die ein acuter Schnupfen für Operateur und Assistenten im Gefolge hat, und auf die Gefahr der bei Operationen hierdurch möglicher Weise bedingten Wundinfection, suchte Verf. nach einem Mittel zur Coupirung des beginnenden Schnupfens. Ein vorzügliches Mittel fand Verf. im Aspirin, mit dem es ihm jedes Mal gelang, im Prodromalstadium „durch 1— 2 Dosen von 1 g Aspirin (event. auch mehr, bis zum Verschwinden des Symptoms) einen beginnenden Schnupfen zu unterdrücken. Diese Thatsache erscheint Verf. lehrreich deshalb, weil es hier und wohl auch in vielen anderen Fällen nicht auf eine Desinfection der mit Bakterien inficirten Schleimhäute ankommt, sondern auf Umstimmung der Gewebsreaction, die offenbar der natürlichen Resistenz unserer Schleimhäute zu vergleichen ist. Die starke Immunität der gesunden Schleimhäute, die etwa durch die gefässalterirenden Einflüsse der „Erkältung" gelitten hat und den schmarotzenden oder eben acquirirten pathogenen Bakterien nun den Eintritt nicht mehr verwehrt, wird durch das Salicyl direct oder indirect wiederhergestellt, wohl auch verstärkt. Die Salicylpräparate zeigen sich so als Antiseptica, die man als physiologisch bezeichnen könnte, weil sie, richtig dosirt, die Gewebe nicht schädigen, sondern stärken, ähnlich wie wir dies auch von den Jodpräparaten inneren und äusseren Gebrauches immer mehr kennen lernen und schätzen. Nur wird es nöthig sein, das jedem einzelnen angepasste Präparat und die entsprechende Dosis im therapeutischen Versuch zu finden, vielleicht auch unerwünschte Nebensymptome, wie starke Transpiration, bei einem Salicylpräparat durch Anwendung eines anderen auszuschalten."

EHCHT.

22) **Adolf Eysell** (Kassel). **Zur Prophylaxe des Schnupfens.** *Münchener med. Wochenschr. No. 37. 1912.*

Bezugnehmend auf die Arbeit Sick's (gleiche Wochenschr. 1912. No. 29) bestätigt Verf. die coupirende Wirkung des Aspirins auf den beginnenden Schnupfen und empfiehlt an dessen Stelle das mildere und für den Tractus intestinalis viel bekömmlichere Diaspirin, das er in der Weise verordnet, dass er die Patienten Morgens und Mittags je $^1/_2$ Grammtablette und vor dem Schlafengehen deren 2 nehmen lässt. Wirkt das Mittel nicht prompt, dann erhöht er die Gabe sofort auf

3 g pro die und lässt in späteren Anfällen bei demselben Patienten von vornherein 6—8 Halbgrammtabletten innerhalb 24 Stunden nehmen. Auch im Beginne acuter Hals- und Mandelentzündungen hat sich die Verordnung wirksamer Mengen von Diaspirin als Prophylacticum gegen Complicationen nach Ansicht des Verf. sehr gut bewährt.

HECHT.

23) **Körner** (Rostock). **Diagnose und Behandlung der Nasentuberculose.** *Med. Klinik. No. 31. 1912.*

In erster Linie bespricht Verf. die Tuberculose des Septums, deren Entstehung sehr wahrscheinlich auf directe Inoculation mit dem Finger zurückzuführen ist. In therapeutischer Beziehung empfiehlt sich das sofortige Ausschneiden des ganzen kranken Septumstückes. Die andere Form der Nasentuberculose, die sich nicht auf die Region des Septum cartilagineum beschränkt, stellt jene dar, welche die Schleimhaut an den verschiedensten Stellen befällt und zur flächenhaften Verbreitung neigt; für sie empfiehlt Verf. mit besonderem Nachdruck die innerliche Jodkalibehandlung. Zum Schluss wird der Lupus der Nasenschleimhaut und die Differentialdiagnose der verschiedenen Formen von Nasentuberculose untereinander und gegenüber anderen Erkrankungen besprochen.

SEIFERT.

24) **Lagarde** (Paris). **Radiumtherapie beim Lupus der Nasenhöhlen. (Radiumthérapie dans le lupus des fosses nasales.)** *Société de médecine de Paris. 22. März 1912.*

Verf. theilt einige sehr ermuthigende Erfahrungen mit, die er mit Radiumbehandlung bei Nasenlupus gemacht hat.

GONTIER DE LA ROCHE.

25) **Ove Strandberg** (Kopenhagen). **Die Behandlung des Lupus cavi nasi mittelst Jodnatrium und Wasserstoffsuperoxyd nach der Methode von Dr. S. A. Pfannenstill.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 4. 1911.*

Die Patienten (13) erhielten täglich 3,0 Natr. jodat. in 6 Portionen. Ausserdem hatten sie Gazetampons in der Nase zu tragen und mit H_2O_2 (2proc.) selbst feucht zu halten, die mit den kranken Stellen in innigem Contact waren. Die auf diese Weise erzielten Erfolge sind staunenswerth. Von den 13 Patienten wurden 9 geheilt, 3 wesentlich gebessert, nur einer unbeeinflusst. Die Dauer der Behandlung betrug bei den geheilten Patienten einmal 5 Tage, dreimal 2—3 Wochen, zweimal ca. 4 Wochen, zweimal ca. 8 Wochen und einmal ca. 3 Monate.

ZARNKIO.

26) **Bertran** (Madrid). **Tuberculöser Tumor des Nasenflügels. (Tumor tuberculoso del ala de la nariz.)** *Boletin de laringologia. April/Juni 1912.*

Der Tumor hatte die Grösse einer Eichel und war von normaler Haut bekleidet. Die mikroskopische Untersuchung ergab seine tuberculöse Natur. Exstirpation. Heilung.

TAPIA.

27) **A. Rossi Marcelli. Riesentuberculom der rechten Nasenhöhle bei einer Lupuskranken. (Tuberculoma gigante della fossa nasale destra in donna affetta da lupus.)** *Arch. ital. di laringol. October 1912.*

In vorliegendem Fall war das Tuberculom eine secundäre Bildung bei Ge-

sichtslupus; letzterer wiederum war secundär entstanden bei einem Lupus des linken Armes, und zwar durch Autoinoculation von diesem auf das Gesicht. Verf. betont, dass dieser Fall eine Ausnahme bilde zu dem Andry'schen Gesetz, wonach der Gesichtslupus stets secundär nach Schleimhautlupus entstände. Der Tumor war so gross, dass er die ganze rechte Nasenhälfte blockirte. Bemerkenswerth war auch seine Ursprungsstelle, und zwar constatirte man nach seiner Abtragung, dass — während Septum und Muscheln völlig glatt waren — Granulationsreste im Meatus medius (Infundibulum) sassen, woraus Massei schloss, dass die Ursprungsstelle im Siebbein sass.

CALAMIDA.

28) **L. Humblé** (Antwerpen). **Gumma der Nasenscheidewand und des Gaumens. (Gumma van neustusschenschot en verhemelte.)** *Handl. XV. Flämisch. Congr. f. Naturwiss. u. Med. Ostende 1911.*

Demonstration eines Falles.

H. BURGER.

29) **Felix Peltesohn** (Berlin). **Ueber gummöse Syphilis der Nase.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 14. 1911.*

Vortrag in der Berliner laryngologischen Gesellschaft am 10. Febr. 1911; vergleiche dieses Centralbl. 1911. S. 193.

ZARNIKO.

30) **Max Senator** (Berlin). **Ueber den Nasenbefund eines mit Salvarsan behandelten Falles von Lepra.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 11. 1911.*

Typischer Befund. Die Salvarsanbehandlung hatte keinen Einfluss, weder auf die nasalen, noch auf die sonstigen Manifestationen.

ZARNIKO.

31) **P. Williams** (London). **Beitrag zur Pathogenese der Nasenpolypen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 669. 1912.*

Verf. ist der Meinung, dass die von ihm seit vielen Jahren behauptete Lymphgefäss-Obstructionstheorie die einzige ist, die eine genügende Erklärung des Ursprunges und der Entwicklung der mucösen Nasenpolypen abgiebt.

OPPIKOFER.

32) **E. Baumgarten** (Budapest). **Ungewöhnlich zahlreiche Nasenpolypen.** *Verh. des kgl. Vereins der Aerzte in Budapest. No. 7. 1912.*

Die Nase war kinderfaustgross und äusserlich sehr entstellt. Die Entfernung der Polypen dauerte über einen Monat, alle Tage wurden 10—12 Polypen entfernt.

POLYAK.

33) **O. Chiari** (Wien). **Zwei Fälle von Geschwülsten, welche der Wand der Nebenhöhlen der Nase aufgelagert waren.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 525. 1912.*

Bei dem ersten Falle handelte es sich um ein Angioma cavernosum der rechten Orbita bei 40 Jahre altem Mann. Die Geschwulst hatte den Verdacht einer Ektasie der Stirnhöhle und der Siebbeinzellen erweckt (Protrusio bulbi, fühlbare Geschwulst im inneren oberen Augenwinkel, auf Röntgenplatte Verschleierung des unteren Stirnhöhlenabschnittes mit Schatten nach der Orbita hin). Hautschnitt für Killian'sche Stirnhöhlenoperation; Vorfinden des Tumors nach Eröffnen der

Tenon'schen Kapsel. Heilung mit bleibender Ptosis, wahrscheinlich in Folge Verletzung des M. levator palpebrae.

Bei dem zweiten Falle (66 Jahre alte Frau) ergab die mikroskopische Untersuchung eine chronische Entzündungsgeschwulst (derbes Bindegewebe und Granulationsgewebe). Die Geschwulst lag in den Weichtheilen über der Vorderwand der intacten Kieferhöhle. Die Röntgenplatte zeigte eine Verdunkelung der Kieferhöhle; die Probepunction hatte dagegen ein negatives Resultat ergeben.

Die beiden Fälle sind durch Marschik in der Märzsitzung der Wiener Laryngo-rhinologischen Gesellschaft kurz demonstrirt worden. OPPIKOFER.

34) **A. Sibert. Ein Fall von atypischem Osteom der Nasenhöhle.** *Russische Monatsschr. f. Ohrenheilk. Januar 1912.*

Der Tumor, der vom Verf. längere Zeit beobachtet und nachher operirt wurde, stellte makroskopisch eine harte Knochengeschwulst dar, mikroskopisch aber erwies er sich als eine seltene Mischform von Angiom und Osteom.

SCHNEIDER (MOSKAU).

35) **N. Tschistjakow. Zur Frage über die Resection des Oberkiefers bei bösartigen Neubildungen.** *Wratschebnaja Gaseta. 1912.*

In der chirurgischen Facultätsklinik der Moskauer Universität kamen von 1884 bis 1911 77 Patienten mit malignen Neubildungen des Oberkiefers zur Behandlung, darunter 48 mit Sarkomen und 29 mit Carcinomen. Ausgangspunkt der Geschwulst war beim Carcinom am häufigsten die Schleimhaut des Alveolarfortsatzes und das Antrum Highmori, beim Sarkom der Proc. alveolaris. Nach dem mikroskopischen Bau wurden am häufigsten beobachtet: Cancer medull., Adenosarkom, Sarcoma globocell. und Fibrosarkome. In 40 pCt. der Fälle traten als Krankheitssymptom Zahnschmerzen auf. Bemerkenswerth ist die Seltenheit der Affection der Lymphdrüsen bei unzerfallenem Krebs, unter 19 Fällen nur zweimal. Metastasen ebenfalls selten, zweimal beim Carcinom und einmal beim Sarkom. Im Ganzen wurden 53 Totalresectionen ausgeführt. Operirt wurde in nicht tiefer Chloroformnarkose, häufig in Lage nach Roser, mit herabhängendem Kopfe. 8mal wurde die Carotis externa unterbunden, der Schnitt wurde am häufigsten nach Dieffenbach ausgeführt. Resultate der Totalresection sind beim Krebs 0 pCt. Mortalität — beim Sarkom 21,8 pCt. Bei partieller Resection traten beim Carcinom bald Recidive auf, mehr als 2 Jahre nach Totalresection lebte nur ein Patient. Beim Sarkom hatte die partielle Resection in 2 Fällen Erfolg, die totale in 8 Fällen, 6 Patienten lebten nach der Operation 6—14 Jahre (Erfolg 46 pCt.). SCHNEIDER (MOSKAU).

36) **J. H. Harvey Pirie** und **A. A. Soot Skirving. Intranasale Carcinome. (Intra-nasal carcinomata.)** *Edinburgh med. journ. October 1911.*

Verff. geben eine Uebersicht über die Literatur, die das Carcinom der Nasenhöhle zum Gegenstand hat. Sie berichten ferner über einen sehr interessanten Fall von Carcinom, das den Boden der vorderen und mittleren Schädelgrube sowie den Sinus ergriffen hatte. Verff. kommen zu dem Ergebniss, dass die Ursprungsstelle des Tumors links nahe dem Nasendach oder in den Siebbeinzellen sass.

A. LOGAN TURNER.

37) **Bourguet** und **Garipuy** (Toulouse). **Sarkom des Siebbeins mit Ergriffensein des Sinus frontalis und sphenoidalis und Mucocele. Abtragung des Siebbeins, der medialen Wand der Kieferhöhle und der unteren Wandung der Stirnhöhle. Ausräumung der Keilbeinhöhle. Heilung.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. und ihre Grenzgeqiete. Bd. 5. S. 597. 1912.*

Der Titel giebt den Inhalt an. Es handelt sich um einen 25 Jahre alten Mann. Von Heilung darf, da die Mittheilung einen Monat nach der Operation erfolgt ist, bei der grossen Ausdehnung der malignen Nasengeschwulst noch nicht gesprochen werden. OPPIKOFER.

38) **Ramon y Cajal** (Zaragoza). **Sarkom der Nasenhöhle durch erysipelatöse Infection geheilt. (Sarcoma de las fosas nasales curado por ma infeccion erisipelatosa.)** *La Clinica moderna. 1. November 1911.*

Mittheilung eines Falles. Die Heilung hält seit 10 Jahren an. TAPIA.

39) **Bertran** (Madrid). **Sarkom der Nasenscheidewand. (Sarcoma del tabique nasal.)** *Boletin de laringologia. April/Juni 1912.*

Verf. theilt einen Fall mit, bei dem 6 Monate seit der Operation vergangen sind, ohne dass ein Recidiv eingetreten ist. TAPIA.

40) **Simon Hurwitz. Ueber das Sarkom der Nase, insbesondere das Septumsarkom.** *Inaug.-Diss. Königsberg. Poliklinik Gerber. 1911.*

Verf. erörtert an der Hand der bisher über den Gegenstand vorliegenden Arbeiten Aetiologie, Localisation, Symptomatologie, Diagnostik, Prognose und Behandlung der Nasensarkome. An der Gerber'schen Klinik kamen 10 Fälle zur Behandlung. 2 von diesen nahmen ihren Ausgang vom Septum, von denen der eine nach 13jähriger Dauer ad exitum kam, der andere geheilt wurde und noch nach 8 Jahren recidivfrei war. Auf Grund einer tabellarischen Uebersicht über die in der Literatur verzeichneten Septumsarkome kommt Verf. zu dem Resultat, dass ihre Prognose eine verhältnissmässig günstige ist. Unter 44 Fällen, bei denen sich nähere Angaben über erfolgte Operationen und deren Ausgang fanden, konnte Verf. 31 „Heilungen" eruiren, jedoch sind zum Theil keine Angaben über die Dauer der „Heilung" vorhanden, zum Theil datirt letztere seit zu kurzer Zeit. FINDER.

41) **Van den Wildenberg. Die Stirnhöhlenentzündungen und ihre Complicationen bei Kindern. (Les sinusites frontales et leurs complications chez les enfants.)** *Anvers médical. No. 5. Mai 1912.*

Verf. betont den Werth der Röntgenuntersuchung bei Kindern, bei denen der Verdacht auf Stirnhöhlenerkrankung vorliegt. Er sieht in der Scarlatina nicht die einzige Ursache für die Entstehung der Stirnhöhlenerkrankungen im Kindesalter und berichtet über drei Fälle, die diese seine Ansicht stützen sollen.

PARMENTIER.

42) **George L. Richards. Ein Rückblick auf 81 Fälle von Stirnhöhlenentzündung; eine vergleichende Studie. (A review of eighty-one cases of inflammation of the frontal sinus. A comparative study.)** *Laryngoscope. Februar 1912.*

Cfr. Bericht der 33. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Philadelphia. Mai 1911. EMIL MAYER.

43) **Eckstein. Beitrag zur Casuistik der Complicationen der Stirnhöhleneiterungen.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. 5. S. 291. 1912.*

Bei einem 15 Jahre alten, vorher ganz gesunden Kesselputzer hohes Fieber und rasche Entwicklung eines subperiostalen, auf Druck schmerzhaften Abscesses am lateralen Ende des Margo supraorbitalis links; Protrusio bulbi und Chemosis conjunctivae. Reichlich Eiter in beiden Nasenhälften. Incision des subperiostalen Abscesses: Fötider Eiter. Somnolenz und Fortbestehen der hohen Temperatur. Lungen: Dämpfung links hinten unten. Nun Einwilligung der Eltern zum operativen Eingriff: Eröffnen der kirschgrossen, eiternden Stirnhöhle und Entfernen des weit über die Grenzen der Stirnhöhle erkrankten Knochens. Am Tage der Operation: Exitus. Kopfsection: Vereiterte Thrombose des Sinus longitudinalis und Extraduralabscess über der oberen Hälfte des linken Stirnlappens. Keine Meningitis.

Bis heute sind 6 Fälle von Thrombose des Sinus longitudinalis bei Osteomyelitis des Stirnbeins bekannt; alle 6 endigten letal. OPPIKOFER.

44) **C. v. Láng** (Budapest). **Ueber die Sinusitis frontalis abscedens.** *Verh. des kgl. Vereins der Aerzte in Budapest. No. 17. 1912.*

Verf. berichtet über 10 Fälle mit orbitalen und cerebralen Complicationen. Ein Fall starb ohne Operation an Meningitis; postoperativ starben 2 Fälle (1 Meningitis, 1 Hirnabscess); durch die Operation wurden 7 Fälle geheilt, darunter einer mit Meningitis complicirt. POLYAK.

45) **Engelhardt** (Ulm). **Empfiehlt sich die Plombirung der Stirnhöhle nach Citelli?** *Med. Klinik. No. 33. 1912.*

Verf. hatte Gelegenheit, unangenehme Folgezustände der Plombirung einer gesunden Stirnhöhle zu sehen. SEIFERT.

46) **Eugen Pollak. Localanästhesie bei der Killian'schen Radicaloperation der chronischen Stirnhöhleneiterung.** *Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark. No. 11. 1912.*

Verf. berichtet über den Fall eines 47jährigen Patienten, bei dem er die Killian'sche Radicaloperation einer linksseitigen Stirnhöhleneiterung nach der Braun'schen Vorschrift in Localanästhesie ausführte. Die Operation dauerte zwei Stunden; Pat. empfand nur 1—2 Secunden lang einen Schmerz, als der Hautschnitt über den umspritzten Hautbezirk hinaus wegen der ausserordentlichen Grösse der Höhle etwas nach temporalwärts verlängert werden musste. Durch die Unempfindlichkeit und Anämisirung der Gewebe war das operative Vorgehen sehr erleichtert.

FINDER.

47) **J. D. Mc Coy. Die Beziehung von adenoiden Vegetationen und vergrösserten Mandeln zu Deformitäten des Zahnbogens, der Kieferknochen und der angrenzenden Knochengebilde. (The relationship of adenoids and enlarged tonsils to deformities of dental arches, maxillary bones and adjacent bony structures.)** *Southern California practitioner. April 1912.*

Verf. erörtert den Einfluss, den adenoide Vegetationen und Mandelhyperplasie auf die Gestaltung des Gesichtsskeletts haben und kommt zu dem Schluss, dass

die Correction von Kiefer- und Zahndeformationen im Zusammenwirken mit dem Rhinologen zu erfolgen habe.

EMIL MAYER.

48) **Durif. Die adenoiden Wucherungen beim Säugling. (Des végétations adénoides chez les nourrissons.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 9. 1912.*

Die Inaugural-Dissertation von Durif behandelt mit grosser Ausführlichkeit dieses Thema. Der Auszug bringt nichts Neues. Frisch aufgenommen ist die Theorie Citelli's über den Zusammenhang der adenoiden Wucherungen mit dem „Hypophysensystem". Zur Diagnose empfiehlt Durif die Palpation mit dem Finger, und zwar beim Säugling unter 3 Monaten mit dem kleinen Finger. Therapeutisch, wenn nicht operirt werden muss, empfiehlt Verf. Einträufelung von Mentholöl (1 auf 200). Trotz dieser schwachen Concentration ist Menthol beim Säugling nicht empfehlenswerth. Operirt wird in mehreren Sitzungen mit der Zange.

LAUTMANN.

49) **M. Durif. Beitrag zum Studium der adenoiden Vegetationen beim Säugling. (Contribution à l'étude des végétations adénoides chez le nourrisson.)** *Diss. Lyon 1911.*

Nach Verf. sind adenoide Vegetationen häufig. Verf. entfernt bei Kindern der zwei ersten Lebensjahre häufig die Rachenmandel manchmal nicht in einer, sondern erst in mehreren Sitzungen.

OPPIKOFER.

50) **E. Barth. Zur Technik der Rachenmandeloperation.** *Klin. therap. Wochenschrift No. 42. 1912.*

Demonstration des nach Barth modificirten Schütz-Passow'schen Adenotoms im Charlottenburger Aerzteverein am 2. Mai 1912.

HANSZEL.

51) **Bruck** (Berlin-Charlottenburg). **Soll man alle drei Mandeln in einer Sitzung entfernen?** *Med. Klinik. No. 39. 1912.*

In Hinweis auf den Kafemann'schen Todesfall betont Verf. von Neuem, dass man nur ausnahmsweise adenoide Vegetationen und hypertrophische Gaumentonsillen in einer Sitzung entfernen solle. Entschliesst man sich aus bestimmten Gründen zur Halbnarkose, so soll man sie — diese Lehre ist aus dem Kafemann-schen Falle zu ziehen — in einer Sitzung immer nur einmal vornehmen.

SEIFERT.

52) **W. E. Grove** (Milwaukee). **Die infectiösen Complicationen der Adenotomie.** *Aus der kgl. Univ.-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Königsberg i. Pr. Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 26. H. 2. 1912.*

Verf. bespricht zuerst als infectiöse Complicationen der Adenotomie die in der Literatur bisher beschriebenen Fälle von Fieber, Sepsis, Endocarditis, acutem Gelenkrheumatismus, die acuten infectiösen Kinderkrankheiten, Anginen, Adenitis, Torticollis, Lungeninfectionen und Meningitiden und beschreibt im zweiten Theil seiner Arbeit zwei Fälle von acutem Empyem der Stirnhöhle bezw. des Siebbeins, die einige Zeit nach der Entfernung der adenoiden Wucherungen durch Hineinschnauben infectiösen Materials aufgetreten waren.

Zur Vermeidung der Complicationen räth Verf., nur dann zu operiren, wenn keine localen infectiösen Processe vorausgegangen sind und keine Epidemien acuter, infectiöser Kinderkrankheiten bestehen, ausserdem sollte die Beobachtung nach der Operation, die am besten in der Klinik vorzunehmen ist, auf 2—3 Wochen ausgedehnt werden.

W. SOBERNHEIM.

53) **Nedler-Serbowa. Torticollis als Complication nach Adenotomie.** *Westnik uschnich u gorlowenich bolesni. Januar 1911.*

Im Laufe von 8 Jahren ist bei den vielen Adenotomien, die an der Klinik von Prof. Werchowcki (St. Petersburg) ausgeführt wurden, nur zweimal Torticollis als Folge der Operation beobachtet worden. Verf. theilt diese beiden Fälle mit; er kommt zu dem Schluss, dass den Anlass zu dem Torticollis eine Anschwellung der Lymphdrüsen des Halses giebt, die ihrerseits eine mechanische Reizung und Entzündung des N. accessorius verursachen. Die Prognose ist eine günstige.

SCHNEIDER (MOSKAU).

54) **Kornél von Láng** (Budapest). **Aussergewöhnliche rhino-chirurgische Fälle.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 2. 1912.*

Es handelt sich um folgende interessante Fälle:

1. Ein aus dem Sinus sphenoidalis auf endonasalem Wege entferntes Projectil.

2. Operirter Fall eines durch einen invertirten Zahn verursachten Highmorhöhlenempyems.

3. Ein Rhinolith von 3,8 cm Länge, 2,7 cm Breite, 1,5 cm Höhe und 5,8 g Gewicht.

4. Entfernung von 2 Geldstücken aus dem Oesophagus eines Kindes.

W. SOBERNHEIM.

c) Mundrachenhöhle.

55) **Hayashi** (Strassburg). **Macroglossia congenita neurofibromatosa.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 118. 1912.*

Der Fall betrifft einen 3jährigen Knaben mit starker Vergrösserung der rechten Zungenhälfte, die immer aus dem Munde ragte. Mikroskopisch zeigte sich, dass die Hauptmasse von Nerven eingenommen wurde. Hypertrophie der Papillae fungiformes.

SEIFERT.

56) **Wme. Wesley Carter. Schwarze Haarzunge. Bericht über zwei Fälle. (Black hairy tongue. Report of two cases.)** *The Laryngoscope. August 1912.*

Verf. erörtert an der Hand zweier Fälle die Symptomatologie der Erkrankung, ohne wesentlich Neues beizubringen.

EMIL MAYER.

57) **Ove Strandberg** (Kopenhagen). **Drei Fälle von Lupus vulgaris linguae.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1912.*

Im Finseninstitut in Kopenhagen fand Verf. unter 2000 Patienten mit Lupus vulgaris 15 Fälle von Lupus linguae notirt. 8 von diesen hat er selbst beobachtet

und 3 beschreibt er genau unter Beigabe von photographischen Bildern. Man findet „knotige, theils isolirte, zuweilen confluirende Infiltrate, die sehr selten ulceriren und niemals grössere zusammenhängende Ulcerationen bilden, welche an Ulcus tuberculosum erinnern können“. Die Infiltrate sind zuweilen mit Fissuren versehen, und manchmal finden sich papillomatöse Excrescenzen. In der Regel sind weder Schmerzen noch Empfindlichkeit vorhanden. Sitz: gewöhnlich hinterer Zungenabschnitt. Ist daneben Hautlupus vorhanden und Wassermann negativ, so ist die Diagnose Lupus linguae gesichert. ZARNIKO.

58) **O. M. Chiari** (Innsbruck). **Zur Casuistik der Erkrankungen der Unterkieferspeicheldrüse.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 42. 1912.*

Mittheilung eines Falles von Aktinomykose und eines Falles von Neoplasma der Submaxillaris, der histologisch sich als ein maligner epithelialer Tumor erwies.

HANSZEL.

59) **Forns** (Madrid). **Submaxillare Speichelsteine. (Calculos salivares submaxilares.)** *Revista de especialidades medicas. Januar 1912.*

Mittheilung von drei Fällen. TAPIA.

60) **Nicol** (Freiburg). **Ueber genuine eitrige Parotitis.** *Beitr. z. pathol. Anatomie u. z. allgem. Pathol. Bd. 45. 1912.*

Der Bericht erstreckt sich auf 5 Fälle von eitriger Entzündung der Parotis in verschieden hohem Maasse, von leichtem Katarrh bis zur fast vollkommenen Einschmelzung des Organs. In letzterem Falle war die Parotis die Todesursache. Die gelegentlich bei einer allgemeinen Sepsis oder Pyämie, die im Anschluss an schwere Stomatitis auftretenden Fälle von Parotitis, sowie die mit äusseren Verletzungen der Parotisgegend und mit Erysipel in Zusammenhang zu bringenden Formen von Parotitis sind in der Besprechung nicht mit einbezogen. Die Untersuchungen von Verf. ergeben, dass der eitrige Process innerhalb des Drüsenparenchyms an dem Uebergang von den Secretröhren zu den Schaltstücken einsetzt, von dort durchbricht und dann die Drüsenzellen zerstört. Es ist mit ziemlicher Sicherheit anzunehmen, dass es sich um einen ascendirenden Infectionsmodus handelt. Von mechanischen Momenten ist in den Vordergrund zu stellen die aus verschiedenartigen Gründen auftretende Schädigung der Drüse in der mechanischen Ausspülung des Gangsystems durch das Secret. Daraus ergiebt sich als wichtigste Prophylaxe die möglichste Erhaltung der Speichelsecretion, am besten durch reichliche Zufuhr von Flüssigkeiten. SEIFERT.

61) **Jacob Frank. Secundäre Parotitis nach Appendicitisoperationen. (Secondary parotitis following operations for appendicitis.)** *Surgery, gynecology and obstetrics. Mai 1912.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Es ist im höchsten Grade wahrscheinlich, dass secundäre Parotitis in Folge einer ascendirenden Infection des Ductus Stenonianus entsteht.

2. Man kann der Complication vorbeugen, indem man a) den Mund vor der Operation sorgfältig reinigt; b) Alles, was für die Narkose gebraucht wird, gut

sterilisirt; c) der Narkotiseur soll Druck auf die Drüse vermeiden, während er den Unterkiefer nach vorn zieht.

3. Wenn die Schwellung in ungefähr 4 Tagen keine Tendenz zur Abnahme zeigt, so ist es rathsam, nicht auf Fluctuation zu warten, da die Localisation des Eiters unterhalb der festen Fascia parotidea ist. Man soll daher breit incidiren und drainiren.

EMIL MAYER.

62) **Aurelius Rethi** (Königsberg). **Zur Pathologie und Diagnose der Speichelsteine.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 5. S. 959. 1912.*

Der Stein sass bei den 3 Fällen, deren Krankengeschichten wiedergegeben wurden, im Ausführungsgang der Submaxillardrüse und bestand hauptsächlich aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk, ohne Fremdkörper. Der Stein hatte bei dem ersten, 18 Jahre alten Patienten die Grösse eines Hanfkores und war auf der Röntgenplatte deutlich sichtbar; bei dem zweiten, 27 Jahre alten Mann war er mandelgross und bei dem dritten, 40 Jahre alten Patienten nussgross. Auf kleine Steine, die ja objectiv schwer nachweisbar sind, wird man dadurch aufmerksam, dass sie periodische Schmerzanfälle verursachen.

Alle die Speichelsteine, die bis heute an der Klinik und Poliklinik von Prof. Gerber (Königsberg) zur Beobachtung kamen, werden abgebildet: 5 Steine im Ductus Whartonianus, 2 im Ductus Stenonianus und 2 im Ductus Rivini Bartholinianus.

OPPIKOFER.

63) **H. A. L. Ryfkogel. Besondere Factoren, die Chirurgie des Lippen- und Zungenkrebses betreffend. (Special factors concerning surgery of cases of the lip and tongue.)** *California state journal of medicine. Mai 1912.*

Verf. betont, wie nöthig es sei, Alles zu beseitigen, was als prädisponirendes Moment für die Entstehung von Carcinom in Betracht kommt, wie Ulceration, Pigmentnaevi, gutartige Tumoren, chronische Entzündungsherde, alle reizenden Momente, wie defecte Zähne usw. Verf. plaidirt dafür, in einer ersten Operation die Drüsen und in einer zweiten den eigentlichen Tumor zu entfernen.

EMIL MAYER.

64) **George Beatson. Milzmetastase in einem Falle von Zungencarcinom. (Splenic metastasis in a case of carcinoma of the tongue.)** *Glasgow med. journ. März 1912.*

Mittheilung eines Falles. Erörterung über den Modus der Verbreitung. Verf. kommt zu dem Schluss, dass dieser Fall eine Stütze der Ansicht ist, wonach das Carcinom auf dem Blutwege sich ausbreitet.

LOGAN TURNER.

65) **John A. Thompson. Retropharyngealabscess mit Lähmung des Oesophagus. (Retro-pharyngeal abscess with paralysis of the oesophagus.)** *The Laryngoscope. November 1911.*

Postrhinoskopische Untersuchung zeigte eine Masse entzündeten adenoiden Gewebes im Nasenrachen. Beim Versuch, den Rasenrachen zu palpiren, um festzustellen, ob Fluctuation vorhanden sei, brach der Finger durch das entzündete adenoide Gewebe hindurch in eine umschriebene Höhle. Etwas Blut und Eiter kam durch die Nase. Fütterung mittels Schlundsonde. Heilung.

EMIL MAYER.

66) **Guisez. Lateropharyngealabscess im Anschluss an eine Necrose der vorderen unteren Wand der Pauke bei einem 21monatigen Kinde. Trepanation. Heilung.** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XV. No. 3. 1912.*

Hat man den Titel gelesen, so kennt man den Inhalt der Arbeit. Was aber nur die Lectüre der Arbeit wiedergeben kann, ist die Schwierigkeit, mit der man in der Praxis die rechte Diagnose in schwierigen Fällen macht. Anfangs imponirte das Krankheitsbild als ein gewöhnlicher Retro- oder besser gesagt Lateropharyngealabscess, der auch thatsächlich so, mit Incision behandelt worden ist. Erst die weitere Beobachtung zeigte, dass es sich um einen seltenen Durchbruch einer gewöhnlichen Otitis media handelte. Es ist angezeigt, bei einem lateralen Pharyngealabscess immer an eine Otitis zu denken.

LAUTMANN.

67) **Rendu** und **Loarei. Linksseitiger lateropharyngealer Abscess; Entleerung durch das linke Ohr, Spontanheilung.** *Lyon médical. 12. Mai 1912.*

Verff. konnten in der Literatur nur noch zwei Fälle von Entleerung eines latero-pharyngealen Abscesses durch das Ohr nachweisen (Laurens. Thèse. Lyon 1908). Ihr hier mitgetheilter Fall betraf ein 11 Monate altes Kind. Es werden folgende beide Möglichkeiten für das Zustandekommen des Durchbruchs erörtert: ob der Abscess die Schleimhaut des knorpligen Tubentheils hochgehoben resp. perforirt, das Mittelohr erreicht und das Trommelfell durchbrochen habe, oder ob er längs der Gefässe weiter kriechend und der Jugularisscheide folgend durch einen Hiatus am Boden des Cavum tympani das Mittelohr erreicht habe.

GONTIER DE LA ROCHE.

68) **Eduard Borchers. Die totale Enucleation der Gaumenmandeln.** Aus der Poliklinik der chirurg. Abtheilung des Stadtkrankenhauses Altona. Direktor: Prof. Dr. Jenckel. Mit 4 Abb. *Münchener med. Wochenschr. No. 41. 1912.*

Nach Erörterungen über Physiologie und Pathologie des lymphatischen Rachenringes wirft Verf. die Frage auf: Tonsillotomie oder Enucleation? und kommt zum Schluss, dass bei jedem operativen Eingriff die Gaumenmandeln vollkommen herausgeschält werden sollen. In Fällen von sehr kleinen oder weichen und stark zerklüfteten Tonsillen, bei alten derben peritonsillitischen Verwachsungen kann die Tonsillektomie nur instrumentell vorgenommen werden; für die meisten Fälle aber, in denen die Tonsillen derbe, kugelige Gebilde darstellen (die meisten? Ref.), empfiehlt Verf. die Herausschälung mit dem Finger. Hierzu benutzt Verf. den Chloräthylrausch, der vollkommen ausreicht, eine „ideale", complicationslose Narkosenmethode darstellt und auch ambulant angewandt werden kann. Localanästhesie ist für diese Methode nicht zu empfehlen. 1—2 Minuten nach Beginn der Narkose beginnt man mit der Operation: Der Patient ist mit aufgerichtetem Oberkörper gelagert, der Kopf nach der entsprechenden Seite gedreht. Ein seitlich stehender Assistent hält mittelst Roserscher Mundsperre die Kiefer auseinander, mit der anderen Hand zieht er mittels Zungenzange die Zunge heraus. Der Operateur löst nun mittels eines gewöhnlichen, gekrümmten Elevatoriums den vorderen Gaumenbogen von der Tonsille und schält dann mittelst des eingeführten Zeigefingers — ohne Controle des Auges — die Tonsille durch streifende Bewegungen

nach oben und unten völlig aus ihrem Bett heraus, bis sie nur noch an einem nach dem Zungengrunde zu verlaufenden Strang hängt, der bei Kindern leicht und ohne anderweitige Verletzung durchrissen werden kann, bei Erwachsenen mit der Scheere durchtrennt wird. Ist eine Tonsille heraus, so lässt man am besten den Patienten sich einige Secunden erholen, den Mund mit H_2O_2-Lösung ausspülen, giebt dann wieder einige Tropfen Chloräthyl und verfährt ebenso auf der anderen Seite. Blutstillung ist nicht nöthig, die Blutung steht in der Regel spontan. Ob diese Methode gegenüber den bisher von den Laryngo-Rhinologen in Localanästhesie unter Controle des Auges ausgeführten Enucleationen einen Fortschritt bedeutet, möchte Ref. bezweifeln.

HECHT.

69) **Jenckel** (Altona). **Die totale Enucleation der Gaumenmandeln.** *Münchener med. Wochenschr. No. 44. 1912.*

Verf. bemerkt, dass die von seinem „früheren Assistenten Dr. Borchers in No. 41 der Münch. med. Wochenschr. beschriebene Arbeit nur als Beitrag zu der von Winckler-Bremen vervollkommneten Methode der totalen Enucleation der Gaumenmandeln aufzufassen" sei.

HECHT.

70) **J. A. Mackenzie. Das Tonsillenmassaker. (The massacre of the tonsil.)** *Maryland medical journal. Juni 1912.*

Verf. stösst einen Warnruf aus gegen die „rücksichtslose, unbarmherzige und unnöthige" (reckless and ruthless and unnecessary) Enucleation der Tonsillen mittelst Tonsillektomie bei Kindern. Die Function der Tonsillen sei nicht sicher bekannt, man könne sie nicht als functionslose Organe betrachten, ihre Zerstörung könne möglicherweise die Vernichtung eines Schutzmechanismus gegen Bakterieninvasion bedeuten. Verf. zieht die Tonsillotomie bei Kindern vor; sie geht schneller und ist mit weniger Shock verbunden.

EMIL MAYER.

71) **B. D. Sheedy. Tonsillenentfernung mit besonderer Berücksichtigung der Chininanästhesie. (Tonsil removal with special reference to Quinine anesthesia.)** *Medical record. 21. October 1911.*

Verf. bedient sich einer 5proc. Lösung von Chinin. bisulfat., indem er sie an zwei Stellen ausserhalb der Kapsel und in das Zellgewebe einspritzt, welches das Bett der Tonsille bildet. Unter dieser Anästhesie kann die Enucleation schmerzlos ausgeführt werden.

EMIL MAYER.

72) **C. G. Kerbey. Radicale Entfernung von Tonsillen und Adenoiden. (Radical removal of tonsils and adenoids.)** *Archives of pediatrics. 11. October 1911.*

Verf. hat im Laufe von 18 Monaten 137 Enucleationen mittelst Fingerdissection vorgenommen.

EMIL MAYER.

73) **L. Lesca. Ueber die Nothwendigkeit, inficirte Gaumenmandeln vollständig zu entfernen. (Des amygdales palatines infectées. De la nécessité de leur exérèse totale.)** *Diss. Paris 1911.*

Verf. empfiehlt nach dem Vorgehen von Vacher die Gaumenmandeln mit Hülfe der kalten Schlinge zu entfernen.

OPPIKOFER.

74) **Gerhard H. Cocks. Tonsillarblutungen; Ursachen, Vorbeugung und Behandlung. (Tonsillar hemorrhage, causes, prevention and treatment.)** *Medical record. Juni 1912.*

Wenn man ein blutendes Gefäss sieht, so soll man es mit einer langen Arterienklemme fassen und, wenn möglich, unterbinden. Wird man zu einer Blutung in das Haus des Patienten gerufen und ist dort kein gutes Licht vorhanden, so thut man am besten, einen Miculicz'schen oder Hurd'schen Hämostaten anzulegen. Dies Instrument darf nicht länger als ein paar Stunden — höchstens 12 — liegen.

Kann man kein blutendes Gefäss finden, so wird ein mit Acid. gallicum und Acid. tannicum gesättigter Tampon ein paar Minuten lang aufgedrückt. Führt dies nicht zum Ziel, so werden die Gaumenbögen mittelst Michel'scher Metallklammern zusammengenäht, was nach Ansicht des Verf.'s allen anderen Maassnahmen überlegen ist. Vor der Naht wird die Fossa tonsillaris mit einem in Acid. gallicum und Acid. tannicum gesättigten oder mit Thrombokinase bestreuten Tampon tamponirt. Die Klammern sollen nach 12 Stunden entfernt werden. Steht die Blutung auch nach Anwendung der Klammern nicht, so haben wir es wahrscheinlich mit einem Hämophilen zu thun, und man soll Blutserum anwenden oder Transfusion machen oder die Carotis unterbinden, und zwar im Allgemeinen die Carotis externa, wenn es sehr hastig geht, die Carotis communis. Jackson hat wegen Tonsillarblutungen 7 mal die Unterbindung der Carotis externa gemacht.

EMIL MAYER.

75) **A. M. Corwin. Ein neuer Tonsillenhämostat. (A new tonsil hemostat.)** *Journ. americ. medical assoc. 4. November 1911.*

Das Instrument wird am besten paarweise gebraucht, jedes für eine Seite. Der eine zwiebelförmig gestaltete Arm wird mit einigen Lagen Gaze versehen, der äussere Arm trägt eine Scheibe zum Gegendruck. Eine Federvorrichtung gestattet das Anlegen und Abnehmen des Instruments sehr leicht. EMIL MAYER.

d) Diphtherie und Croup.

76) **Edgar Reye. Ueber das Vorkommen von Diphtheriebacillen in den Lungen.** Aus dem pathol.-anatom. Institut des allgem. Krankenhauses Hamburg-Eppendorf. (Prof. Dr. Eugen Fraenkel.) *Münchener med. Wochenschr. No. 44. 1912.*

Verf. untersuchte der Reihe nach ohne besondere Auswahl 67 Fälle, bei denen vor mehr minder kurzer Zeit eine Diphtherieerkrankung spielte, und die — gleichgültig aus welcher Ursache — ad exitum kamen, das Lungenparenchym-Secret — unter Vermeidung einen grösseren Bronchus anzustechen — bakteriologisch. Dabei blieb es unberücksichtigt, ob an den Lungen makroskopisch irgend eine Veränderung wahrzunehmen war oder nicht. Unter diesen 67 Fällen wurden bei 56 (= 85 pCt.) Diphtheriebacillen in der Lunge gefunden; bei 6 Fällen (= 10,7 pCt.) Diphtheriebacillen in Reincultur, bei 27 (= 48,2 pCt.) Diphtheriebacillen mit dem Erysipelstreptococcus vergesellschaftet und bei 23 (= 41,1 pCt.) Mischinfectionen durch Diphtheriebacillen mit anderen Bakterien als Streptokokken.

Unter allen 67 Fällen fanden sich 29mal (= 43,3 pCt.) bronchopneumonische Herde, in den 56 Fällen, bei denen Diphtheriebacillen im Lungenparenchym nachgewiesen wurden, 27mal (= 48,2 pCt.) bronchopneumonische Herde. Besonderes Interesse bieten 12 Fälle, bei denen die Diphtherie abgelaufen war und deren Lungen nichts Krankhaftes boten. „Trotzdem nirgends mehr im Körper Pseudomembranen vorhanden waren, die durch den diphtheritischen Process gesetzten Veränderungen also abgelaufen waren und trotzdem die Lungen makroskopisch intact erschienen, liessen sich doch in 12 von 67 Fällen aus dem Lungenparenchym Diphtheriebacillen cultiviren, ein Befund, der sowohl für das Verständniss der schweren Nachkrankheiten der Diphtherie als auch in hygienischer Beziehung von Interesse und Wichtigkeit ist“.

Aus einer beigegebenen Statistik ergiebt sich, „dass bis zu 20 Tagen nach dem Einsetzen einer Diphtherie in anatomisch völlig gesunden Lungen noch Diphtheriebacillen gefunden werden können, obwohl der eigentliche diphtherische Process im Schlund und in den oberen Luftwegen längst abgelaufen“ war. Diese Thatsache muss bei der Frage der Bacillenträger durchaus berücksichtigt werden: Denn es scheint durch diese Untersuchungen erwiesen, dass Reconvalescenten, deren Schlund etc. frei von Diphtheriebacillen befunden ist, noch sehr wohl durch ihre Athemluft ansteckend wirken können, da sie eben in ihren Lungen noch möglicherweise floride Diphtheriebacillen beherbergen“.

HECHT.

77) **Geo B. Lake. Die Anwendung von Culturen von Staphylococcus pyogenes aureus bei Diphtherie. (The use of cultures of staphylococcus pyogenes aureus in diphteria.)** *Medical record. 29. Juni 1912.*

Die Behandlung bestand darin, dass einmal täglich der Hals der Patienten gründlich mit Culturen von Staphylococcus pyogenes aureus gepinselt wurde, und zwar wurden, um die verschiedene Wirksamkeit zu erproben, 6 Stunden bis 5 Tage alte Culturen gebraucht, ferner frische Bouillonculturen, die mit zwei oder drei Oesen Agarculturen verstärkt waren; ferner Suspensionen von 1—7 Tage alten Agarculturen in Bouillon. Die besten Resultate wurden erzielt mit 48—72 Stunden alten Bouillonculturen.

Das Wachsthum des Staphylococcus im Pharynx der Patienten war sehr unregelmässig und ungenügend; nur vier Fälle zeigten ein reichliches Wachsthum, jedoch war auch in den anderen 11 von 13 Patienten ein deutliches Wachsthum zu verzeichnen.

EMIL MAYER.

78) **H. Page. Diphtheriebacillenträger nebst Bericht über einen mit Staphylococcus pyogenes aureus behandelten Fall. (Diphteria bacillus carriers with a report of a case treated by overriding the infected area with staphylococcus pyogenes aureus.)** *Arch. of internat. medicine. VII. 1911.*

Der vom Verf. mitgetheilte Fall ist der siebente, in dem die Keimträger durch Ueberimpfen von Staphylokokken unschädlich gemacht wurden.

Verf. meint, das Verfahren, das absolut unschädlich sei, solle bei allen Bacillenträgern zur Anwendung kommen, er glaubt auch, dass es mit Vortheil bei der Erkrankung selbst gebraucht werden könne.

FINDER.

79) **G. Avé Lallemant** (Greifswald). **Zur Kenntniss tödtlicher Spätblutungen nach dem Luftröhrenschnitt bei Diphtherie.** *Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chir. Bd. 25. H. 1. 1912.*

Verf. veröffentlicht 3 selbst beobachtete Fälle und stellt 6 weitere aus der Literatur zusammen, bei denen die tödtliche Spätblutung nicht durch die gewöhnlich als Ursache angenommene Wandnekrose durch Canülendruck oder durch Arrosion der Gefässe durch diphtherische oder phlegmonöse Processe entstanden war. — Durch mikroskopische Untersuchung ist nunmehr festgestellt, dass ein von dem Operationsgebiet des Luftröhrenschnitts ausgehender Entzündungsprocess in der Tiefe des Gewebes bestehen kann, ohne dass er makroskopisch bemerkbar wäre und der trotz seiner geringen Ausdehnung im Stande ist, eine eitrige Einschmelzung eines kräftigen Arterienrohres herbeizuführen. W. SOBERNHEIM.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

80) **Alexandrine Jacovleff** (Warschau). **Untersuchungen über den feinen Bau der Epiglottisschleimhaut beim Menschen. (Recherches sur la structure fine de la muqueuse de l'épiglotte chez l'homme.)** Travail du laboratoire d'histolog. de l'Univ. de Lausanne. 1910. *Archives internat. de laryng., otol. et de rhinol.*

Durch sorgfältige Untersuchung der Schleimhaut der Epiglottis hat Verf. zunächst die bereits bekannte Thatsache des Ueberganges von Pflaster- zum Cylinderepithel festgestellt. Die oberste Partie der laryngealen Fläche der Epiglottis zeigt Pflasterepithel, welches beim Erwachsenen sich über 9—15 mm ausdehnt. Hier sind auch Papillen vorhanden. Etwas weiter nach hinten erscheinen die Pflasterzellen verlängert und die Papillen schwinden immer mehr. Noch weiter hinten besteht Cylinderepithel mit Flimmerhaaren. An der Grenze beider Epithelarten findet sich ein Uebergangsepithel, auch sind im Gebiete des Pflasterepithels Inselchen von Cylinderepithel und im Gebiete des letzteren kleine Inseln von Pflasterepithel eingeschlossen.

Der Uebergang beider Epithelarten ist bisweilen ein plötzlicher, bisweilen ein allmählicher.

Innerhalb des Cylinderepithels finden sich Krypten, welche theils Cylinderzellen, theils in wechselnder Zahl schleimbereitende Zellen enthalten.

Verhornte Pflasterzellen, wie sie in der Cutis vorkommen, finden sich in der Epiglottis nicht.

Papillen sind nur dort vorhanden, wo Pflasterepithel herrscht, also an der erwähnten Stelle der laryngealen und auch an der lingualen Fläche.

Elastische Fasern sind in geringer Zahl in den oberflächlicheren Partien, in stärkerer in den tieferen Theilen der Schleimhaut vorhanden.

Drüsen existiren auf beiden Seiten des freien Epiglottisrandes, zahlreicher an der laryngealen als an der lingualen Seite. Auf ersterer bilden sie ein fast ununterbrochenes Lager und breiten sich bis dicht an den Rand aus, auf der vorderen Seite lagern sie mehr an der Basis der Epiglottis. Die Ausführungsgänge der Drüsen öffnen sich auf der laryngealen Seite; die epitheliale Auskleidung

derselben entspricht der Epithelbekleidung der Schleimhautregion, in welcher sie sitzen.

Die Geschmacksknospen in der Epiglottis finden sich hauptsächlich auf der laryngealen Fläche, und zwar dort, wo die Papillen fehlen und an den Stellen des Ueberganges vom Pflaster- zum Cylinderepithel; sie bilden Einsenkungen in der Schleimhaut.

GRABOWER.

81) H. Gutzmann. **Die Registrirung in der Praxis des Rhino-Laryngologen.** *Zeitschr. f. Laryng., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. V. H. 4. S. 625. 1912.*

Verf. giebt eine Uebersicht über das vom Laryngologen zu verwendende Instrumentarium zur Registrirung von phonetischen Erscheinungen und seine Leistungen. Ein einfacher Phonograph kann mit Erfolg zu stimmlichen Aufnahmen verwendet werden. Er beschreibt ein einfaches Kymographion, ferner das Reisekymographion von Zimmermann mit einfachen Schreibkapseln, Gürtelpneumographen mit Zwaardemaker's Mundtrichter. Zur Aufnahme von Kehlkopfbewegungen dient eine Brondgeest'sche Kapsel, zur einfachen Aufnahme von Stimmvibrationen ein mit einer Membran überzogener Trichter, zur Aufnahme von Articulationsbewegungen an Lippe, Wange, Mundboden der Cardiograph, zur Aufnahme der nasalen Luftbewegungen eine gewöhnliche Glasolive mit Schlauch. Curven von Nasenluft- und Mundbodenbewegung, Stimmvibration, Brust- und Bauchathmung erläutern die Ausführungen. Die Curven werden sehr genau, Stimmvibrationen, Cardiogramme in der Athemcurve kommen deutlich zum Vorschein. Pathologische Athemcurven z. B. beim Stottern, pathologische Curven der Stimmvibration z. B. bei Diplophonie, Tremoliren der Stimme erläutern nicht nur die Leistungsfähigkeit der beschriebenen Apparate, sondern auch den Werth der phonetischen Methoden, welche uns z. B. auch die Tonhöhenschwankungen der Sprechstimme zeigen. Ferner kann man mittelst Registrirung das Fortschreiten der Besserung während der Behandlung z. B. bei offenem Näseln nachweisen und hat hierdurch Anhaltspunkte für die Therapie. Schliesslich ist der Nachweis typischer Bewegungen bei Stimm- und Sprachneurosen nach Unfällen für deren Begutachtung ebenso werthvoll, wie die Heranziehung experimentell phonetischer Methoden zur Aufdeckung von Simulation.

NADOLECZNY.

82) Toshihiko Fugita. **Der Einfluss der cardiopneumatischen Bewegung auf die Stimme und Stimmgebung.** *Arch. f. Physiologie. H. 1 u. 2. S. 46. 1912.*

Verf. weist die pulsatorische Luftbewegung während der Phonation mit einer Schreibkapsel nach, die den Seitendruck wiedergiebt, und registrirt daneben Carotis- und Radialispuls oder Spitzenstoss. Es finden sich in der Luftdruckcurve dem Puls synchrone Stösse. Durch Verbindung des am Ende offenen Luftschlauches, mit Manometern berechnet er die jeweiligen Druckschwankungen auf 2 bis 5 mm Hg. Sie werden im geringeren Luftvolumen am Ende der Ausathmung stärker. Bei ruhigem Athmen beträgt die pulsatorische Druckschwankung fast gleichmässig 2 mm Hg. Bei der Phonation beeinflusst sie die Stimmstärke und die Tonhöhe. Das pulsatorische Tremolo ist auch hörbar, doch gelang sein gra-

phischer Nachweis nicht. Andere Unebenheiten der Stimmcurven (Luftdruckcurve) beruhen zum Theil auf willkürlicher Regulirung der Stimmstärke, welche ihrerseits wieder von der pulsatorischen Druckänderung ausser Thätigkeit gesetzt werden kann. Dann versagt die Pianissimostimme im Moment des Pulsschlages. Je schwächer der Druck des Kehlkopfanblasens wird, je schwieriger also die Aufgabe des Stimmorgans wird, desto bedeutender machen sich die Einflüsse der Druckschwankungen geltend.

NADOLECZNY.

83) **Eugen Hopmann. Ueber Phonasthenie und Uebungen zu ihrer Heilung.** *Zeitschr. f. Laryng., Rhin. u. ihre Grenzgebiete. Bd. V. H. 4. S. 617. 1912.*

Verf. hebt das Vorkommen der Phonasthenie bei Neuropathen, auch wenn sie nicht berufsmässig sprechen, hervor. Der Beginn wird bisweilen auf eine bestimmte stimmliche Anstrengung zurückgeführt. Im Kehlkopfspiegel sieht man oft nichts Wesentliches, bisweilen etwas Hypersecretion, mangelhaften Stimmlippenschluss bei Brusttönen, Sichnähern der Taschenlippen bei festem Phoniren. Bei der Untersuchung ist es wichtig, den Patienten so sprechen zu lassen, wie er seine Sprechstimme beruflich braucht. Beim Sänger ist die Gesangstimme in ihrem ganzen Umfang, in allen Stimmlagen zu prüfen und die Registerumfänge sind zu beachten. Tönende Einathmung, harte Stimmeinsätze, Hinaufschrauben der Bruststimme, unfreie Vocalklänge lassen sich dann feststellen. „Ein freier Vocal darf nicht kehlig, gequetscht, nasal, gaumig klingen“. Die Stimmübungen lässt Verf. zuerst auf den Vocal o in Sprechtonhöhe machen, nachdem vorher Ein- und Ausathmung geübt wurden, dann folgen Vocalübungen im ganzen Umfang der Sprechstimme, später mit Consonanten zusammen, dann Leseübungen usw. Die Behandlung dauert bisweilen Monate lang, bis das verbildete Gehör den richtigen Klangcharakter vom falschen untsrecheiden gelernt hat.

NADOLECZNY.

84) **G. Hudson Maknen. Einige Hindernisse der Sprachentwicklung. (Some obstructions to speech development.)** *The Laryngoscope. October 1911.*

Deformationen von Mundhöhle, Pharynx und Nase, wie des Kehlkopfs und der Athmungsorgane sind an sich Ursachen für mangelhafte Sprachentwickelung, sie sind aber auch directe Ursache für Ohrerkrankungen, die zu Schwerhörigkeit oder Taubheit führen. Diese ist die häufigste Ursache für die mangelhafte Sprachentwickelung; sie stört die normale Entwickelung des Gehirns, und die Sprache ist mehr eine cerebrale oder corticale, als eine periphere Function. Sind die Centren in Ordnung, so kann auch mittels sehr unvollkommener peripherer Mechanismen eine gute Sprache producirt werden. Jeder Sprachunterricht muss mit psychischer Trainirung beginnen oder einhergehen. Dieses Training soll zum Ziel haben, dem Patienten zu helfen, dass die höheren intellectuellen Centren sich so entwickeln, dass sie die nöthige Controle über die tieferen Sprachcentren und durch diese über den peripheren Articulationsmechanismus ausüben können.

EMIL MAYER.

85) **Hermann Gutzmann** (Berlin). **Ueber habituelle Stimmbandlähmungen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. 1912.*

Ehret, Oppenheim und Huet haben den Begriff der habituellen Läh-

mung in die Neurologie eingeführt. Es handelt sich um Lähmungen, die dadurch entstehen, dass aus irgend einem Grunde (z. B. langdauernder Schonung wegen Schmerzen bei der Bewegung) die Erinnerungsbilder für die Ausführung der Bewegung verloren gegangen sind. Es ist klar, dass derartige Lähmungen häufiger bei Kindern, als bei Erwachsenen entstehen, weil bei diesen die Erinnerungsbilder fester verankert sind, als bei Kindern. Es ist ferner begreiflich, dass habituelle Lähmungen durch eine zweckmässige Therapie, d. h. Einübung der verlorenen Bewegungsvorstellungen, sehr bald beseitigt werden können.

Verf. theilt interessante Beobachtungen über habituelle Stimmbandlähmungen mit. Es giebt solche „sowohl der Schliesser, wie der Oeffner der Stimmlippen. Am häufigsten beruht die habituelle Heiserkeit auf einer habituellen Lähmung des Internus, das habituelle Flüstern auf einer habituellen Lähmung der Schliesser, besonders des Transversus, und der beim Schreien, Sprechen, Singen usw. auftretende Stridor inspiratorius meist auf einer habituellen Lähmung der Glottisöffner. Alle diese habituellen Lähmungen werden besonders oft im Kindesalter beobachtet. Kommen sie bei Erwachsenen zur Beobachtung, so sind sie meistens bereits im Kindesalter entstanden. Entstehen sie dagegen bei Erwachsenen, so handelt es sich meist um Hysterie; nur in einigen Fällen scheint sich bei Erwachsenen im Anschluss an eine organische Erkrankung des Kehlkopfs eine habituelle Lähmung entwickeln zu können. Als Lähmungen werden diese Erscheinungen nur dann zu bezeichnen sein, wenn die willkürliche Contraction der betreffenden Muskeln nicht mehr möglich erscheint, also erst dann, wenn die Bewegung eingetreten ist. Zur Sicherung der Diagnose und klareren Erkenntniss der Symptome wird am meisten die Functionsprüfung der Stimme, möglichst unter Zuhilfenahme der experimentell phonetischen Methoden beitragen. Die zweckentsprechendste Therapie besteht in der systematischen Einübung der verloren gegangenen Bewegungsvorstellungen unter Beihilfe der harmonischen Vibration, Faradisation usw." Besonders erfreulich war es dem Ref., seine Ansicht, dass die nach Operation der Rachenmandel zuweilen zurückbleibende Rhinolalia aperta auf habitueller Lähmung des Velums beruhe, von dem geschätzten Verf. bestätigt zu sehen.

ZARNIKO.

86) **Pfleiderer** (Ulm). **Ueber die Behandlung von Lähmungen im Gebiete der Sprechwerkzeuge.** *Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesver. No. 49. 50. 1912.*

Für die Behandlung von diphtheritischen Gaumenlähmungen hält Verf. möglichst frühzeitige Sprachübungen als sehr wichtig; er hat Fälle mit ausgesprochener Gaumenlähmung schon nach 3 Tagen bezw. mit 3 Uebungsstunden zur Heilung gebracht. Bei Sprachstörungen nach Schlaganfällen beginnt er möglichst bald nach dem Abklingen der unmittelbaren Folgen des Schlaganfalles mit Sprachübungen; das Gleiche gilt für Recurrenslähmungen. Hier wird damit begonnen, dass die Kranken möglichst laut husten, und dann erst folgen die Sprachübungen.

SEIFERT.

87) **Jehle. Ein Fall von Stottern.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung v. 10. Mai 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 20. 1912.*

Vorstellung eines 9jährigen Knaben, der beim Intoniren die charakteristi-

schen Mitbewegungen in besonders deutlicher Form zeigt. Das Leiden hat der Knabe durch Imitation eines ähnlich sprechenden Knaben acquirirt. HANSZEL.

88) **Charles Prevost Grayson. Die Stimmstörungen der Choristinnen. (The chorus girl's vocal troubles.)** *Journ. americ. med. association. 6. April 1912.*

Möglichste Schonung der Stimme, auch in der Umgangssprache; Warnung vor jeder energischen Localbehandlung, sowie vor Anwendung des Cocain und Suprarenin, sowie gewisser beliebter Tonica, wie Vinum Mariani. Nach Aufhören aller katarrhalischer Erscheinungen ist event. Anwendung von Strychnin und Elektricität erlaubt. EMIL MAYER.

89) **C. Biaggi. Ueber die durch fehlerhafte Athmungsmechanik entstehenden Folgen für den Kehlkopf bei Stimmprofessionisten. (Sulla conseguenza laringea degli errori della meccanica respiratoria nei professionisti della voce.)** *Arch. ital. di otologia. No. IV. 1912.*

Verf. will zeigen, wie als Folge fehlerhafter Athmung auch objective Veränderungen am Kehlkopf entstehen können. Er bespricht die Bedeutung der experimentellen Phonetik für den Gesangsunterricht, die Wichtigkeit pneumographischer Untersuchungen für die Diagnose von Stimmstörungen der Sänger, die Schädlichkeit der kritiklos bei solchen Patienten vorgenommenen localtherapeutischen Maassnahmen und Operationen an Muscheln, Mandeln usw. Daneben giebt er werthvolle Bemerkungen über die Psychologie der Gesangskünstler. Er stützt seine Ausführungen durch die Wiedergabe von 5 Fällen seiner eigenen Beobachtung. CALAMIDA.

90) **F. Massei. Beitrag zum Studium der latenten Tuberculosen. Kehlkopftuberculose. (Contributo allo studio della tuberculosi latenti. Tuberculosi laringea.)** *Arch. ital. di laringologia. Juli 1912.*

Es handelt sich um einen vor dem Internationalen Tuberculosecongress (Rom, April 1912) gehaltenen Vortrag. Verf. weist auf die Bedeutung der Fälle hin, bei denen die ersten Symptome — vor Auftreten jeglicher Lungenerscheinungen — vom Larynx ausgehen. Er betont, wie wichtig gerade die frühzeitige Erkenntniss der sogenannten „latenten" Larynxtuberculose sei, sowohl wegen Einleitung einer rechtzeitigen Behandlung, als auch, um den Patienten für die Allgemeinheit unschädlich zu machen. Es sei auch nicht mit der Errichtung von Sanatorien und Lungenambulatorien Genüge gethan, es müsse auch für die Familien der Erkrankten gesorgt werden. Verf. erwähnt auch, dass die rückkehrenden Auswanderer eine Gefahr darstellen; jedes aus Amerika mit heimkehrenden Auswanderern kommende Schiff habe 6—7 Tuberculöse an Bord. CALAMIDA.

91) **Imhofer. Tuberculose und Diphtherie gleichzeitig im Kehlkopf und in der Trachea. (La tuberculose et la diphtérie comme affections simultanées du larynx et de la trachée.)** *Archives internat. de laryng. T. XXXIV. No. 2. 1912.*

Ein 41 jähriger Mann behauptet seit 6 Wochen zu husten, seit 4 Wochen heiser zu sein. Vorher vollkommen gesund. Wegen Athembeschwerden tritt Pat.

ins Krankenhaus ein. Temperatur 39,5. Auscultation ohne Befund. Im Kehlkopf Röthung und Oedem, behinderte Beweglichkeit der Aryknorpel. Subglottisch sieht man eine unregelmässige blasse Schwellung, die die Trachea stenosirt. Pat. muss tracheotomirt werden, wonach viel Eiter aus der Trachea expectorirt wird. Pat. stirbt am selben Tag. Bei der Section zeigten sich die auffallendsten Läsionen in der Trachea und den Bronchien, die von einer Pseudomembran tapezirt sind, die ihren Ausgangspunkt von der Epiglottis nimmt und den ganzen Larynx bedeckt. In der Lunge und sonst in den Eingeweiden zerstreute Miliarknötchen. In den Pseudomembranen zahlreiche Löffler'sche Bacillen. Der Ausgangsort der Diphtherie hat nicht eruirt werden können. Die beiden Affectionen dürften wahrscheinlich unabhängig von einander sich entwickelt haben, wenn auch die bestehende Miliartuberculose die Entwicklung der Diphtheritis begünstigt haben dürfte. Das gleichzeitige Befallensein mit Diphtherie und Tuberculose dürfte zu den grossen klinischen Seltenheiten gehören. LAUTMANN.

92) **Th. Brinch** (Esbjerg). **Behandlung der inneren Tuberculose (Larynxtuberculose) mit absorbirter Lichtenergie. (Behandling af intern tuberkulose med absorberet lysenergi.)** *Ugeskrift for Läger. No. 48. 1912.*

Bei seinen Versuchen, die bei der Lupusbehandlung gewonnenen ultravioletten Strahlen durch schwefelsaure Chininlösung zu absorbiren, kam dem Verf. der Gedanke, ob sich die mit diesen Strahlen gesättigte Luft therapeutisch anwenden liesse. Wir athmen täglich Luft ein, die diese Strahlen eingesogen haben, und B. hält es nicht für ausgeschlossen, dass das Geheimniss in der Wirkung der Luftcur auf die menschliche Tuberculose eben darin liege, dass die Luft diese Strahlen enthält. Denn die auffallende Wirkung könne weder auf den Stickstoff, noch auf den Sauerstoff, der in der Luft enthalten ist, zurückgeführt werden. Er erinnert an die bekannte Thatsache, dass die Kindertuberculose, die man unter dem Namen Scrophulose zusammenfasse, nirgends so specifisch beeinflusst würde wie am Meere. Diese Wirkung beruht seiner Meinung nach darauf, dass die Seeluft ausser ihrem gewöhnlichen reinen Gehalt an absorbirten Strahlen gleichzeitig die vom Wasser und Sand zurückgeworfenen und eingesogenen Strahlen enthalte. Da schon eine schwache Bogenlampe viel mehr ultraviolete Strahlen aussende, als sich im Sonnenlichte findet, so könnte es nicht schwierig sein, eine grössere Menge dieser Strahlen zu erzeugen. Zu diesem Zwecke benutzte er eine 50 cm hohe, 40 cm breite und 30 cm lange Kiste, in der er eine Bogenlampe mit Kohlenspitzen — von 15 Ampère und 110 Volt Wechselstrom — anbrachte. Die Kiste war inwendig mit Kalk angestrichen, damit keiner der Strahlen aufgesogen würde. Die kalte Luft strömt nun von unten hinein und an dem Bogenlicht vorbei und gelangt dann durch eine obere Oeffnung, worin sich eine Porcellanröhre befindet, durch die der Patient die bestrahlte angewärmte Luft einathmet. Anfangs behandelte er auf diese Weise die Patienten dreimal täglich je eine Stunde lang. In einem Falle von Tuberculose in der Epiglottis und im Larynx erreichte er nach einer 28tägigen Behandlung ein sehr gutes Resultat. Der Pat. litt an Tuberculosis pulmonum, war im letzten Jahr heiser gewesen und hatte heftige Hustenanfälle gehabt. Die Epiglottis war ödematös geschwollen, dreimal so dick wie eine gesunde Epiglottis;

ebenfalls war die Regio interarytaenoidea stark geschwollen; im Innern des Kehlkopfes hatten sich die Plicae ventriculares wurstförmig über die Stimmbänder gelegt. Nach einer 28tägigen Behandlung hatte der Husten aufgehört; die Stimme erhielt ihren natürlichen Klang, und die Schwellung der Epiglottis und in der Regio interarytaenoidea schwand vollständig.

Nach Ansicht des Verf.'s haben die in der eingeathmeten Luft absorbirten ultravioletten Strahlen dieser eine gewisse Energiemenge zugeführt, die dann die günstige Wirkung ausgeübt habe.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

93) **Thost** (Hamburg). **Die Behandlung der Larynxtuberculose.** *Tuberculose-Fortbildungscurs des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf. Bd. 1. Würzburg. C. Kabitzsch. 1913.*

Der Besprechung über die Behandlung wird eine kurze Darstellung der Formen vorausgeschickt, unter denen die Tuberculose im Kehlkopf auftritt, sowie der Art und Weise, wie der Kehlkopf inficirt wird, und der Diagnose und der Prognose. Die Ausführungen über die Behandlung nehmen Rücksicht auf die erprobten Methoden. Die Tuberculinbehandlung empfiehlt sich nur in Krankenhäusern und Sanatorien. Thost hat einen sehr günstigen Fall, den er ambulatorisch behandelte, an einem nach einer Injection plötzlich auftretenden Glottisödem verloren.

SEIFERT.

94) **W. Liek. Ueber Daueranästhesie bei Larynxtuberculose (Injection von Alkohol in den N. laryng. sup.).** *Russische Monatsschr. f. Ohrenheilk. März 1911.*

Verf. berichtet über seine Erfolge mit der Daueranästhesie mittelst Alkoholinjection bei 12 Patienten, denen 28 Injectionen gemacht wurden, und kommt zu folgendem Schluss: Die Injection von Alkohol in den N. laryng. sup. bei Dysphagie in Folge von Larynxtuberculose sowohl bei Affection des Aditus ad laryngem in der Arythyreoidalgegend und der Aryknorpel ist im Stande für Tage, ja mehrere Wochen die Kranken von ihren Schluckbeschwerden und Schmerzen zu befreien, nebenbei empfiehlt Verf. auch gleichzeitig eine intralaryngeale Behandlung. Verf. beschreibt noch genau seine Technik, die ein Wenig von der Hoffmann'schen Technik abweicht.

SCHNEIDER (MOSKAU).

95) **A. Chalier** und **F. Bonnet. Ueber die Neurotomie des N. laryng. sup. bei der Behandlung der Dysphagie der Tuberculösen. Anatomie. Indication. Technik. (La névrotomie du nerf laryngé supérieur etc.)** *Presse médicale. No. 92. 1912.*

Die Alkoholisation oder Cocainisation des oberen Kehlkopfnerven ist technisch äusserst unzuverlässig nach den bisherigen Methoden. Sie ist auch nicht gefahrlos. Daher schlagen die Verff. die directe Neurotomie des oberen Kehlkopfnerven vor, wie man sonst z. B. im Bereich des Trigeminus die Neurotomie auszuführen pflegt. Bevor die Verff. die Technik beschreiben, geben dieselben eine äusserst ausführliche anatomische Studie der Gegend wieder, die allein die Hälfte des Aufsatzes ausmacht. Hierauf folgt die Beschreibung der Technik.

LAUTMANN.

96) **Combier. Die Behandlung der Dysphagie bei Kehlkopftuberculose. (Le traitement de la dysphagie dans la laryngite tuberculeuse.)** *Archives internat. de laryng. T. XXXIV. No. 2. 1912.*

Die Alkoholisation der beiden oberen Kehlkopfnerven hat sich bei Verf. stets bewährt. Die erzielten Resultate dauern mehrere Tage (bis zu 10 in manchen Fällen) an. Man kann entweder den bekannten seitlichen Weg wählen (Frey, Hoffmann) oder die Methode von P. Boncour benützen, wo man mit einem einzigen medianen Einstich den rechten und linken Herd alkoholisiren kann, durch entsprechende Führung der Nadel nach links hinten und rechts hinten.

LAUTMANN.

97) **Henry Horn. Die palliative Behandlung der Kehlkopftuberculose im Terminalstadium. (The palliative treatment of terminal laryngeal tuberculosis.)** *Journ. americ. med. associat. 7. September 1912.*

In dem San Francisco City and Country Hospital for Tuberculosis wurden diejenigen Fälle, deren Ableben innerhalb weniger Wochen zu erwarten war, und die sehr intensive Beschwerden hatten, mittelst Alkoholinjectionen in den Nervus laryng. sup. behandelt. Alle Patienten hatten bis zu ihrem Tode eine sehr wesentliche Erleichterung von ihren Schmerzen. Nur in 3 Fällen war das Resultat negativ. Wenn die Epiglottis erkrankt ist, besonders wenn ihre äussere Fläche Sitz der Erkrankung ist, so fehlt der Erfolg ganz oder theilweise. In sehr vielen Fällen sind die Versager auf mangelnde Technik zurückzuführen. Der Pat. muss beim Einstich einen heftigen Schmerz fühlen, der darauf zurückzuführen ist, dass die Spitze der Nadel den Nerv berührt. Ein gewisser Grad von Anästhesie wird jedoch schon durch die perineurale Infiltration erreicht.

EMIL MAYER.

98) **M. Menier** (Figeac). **Geschichtliches über die Schweigecur.** *Zeitschr. für Laryng., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. 5. S. 669. 1912.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass bereits vor M. Schmidt 1824 ein französischer Landarzt Lasserre auf den günstigen Einfluss, den die Schweigecur bei Larynxtuberculose ausübt, hingewiesen habe. Wenn nun deswegen Verf. „einige Lorbeerzweige aus dem Kranze von M. Schmidt Lasserre auf das Haupt setzen" will, so liegt dazu schon deshalb keine besondere Veranlassung vor, weil Verf. die Arbeit von Ebstein (Zur Schweigebehandlung der Kehlkopftuberculose. Therap. Monatsh. 1910. Bd. 24. S. 228) übersieht, aus der hervorgeht, dass die Schweigecur bereits seit langem nicht nur durch Lasserre, sondern auch durch andere Aerzte (Schönlein, Trousseau und Belloc) kehlkopfkranken Patienten empfohlen wurde.

OPPIKOFER.

99) **Kantas** (Athen). **Ueber die Radiumtherapie bei Trachealstenosen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 18. 1912.*

Nachdem in manchen Fällen jeder anderen Behandlung trotzender Narben sich das Radium ganz unerwartet gut bewährt hat, empfiehlt Verf. dieses Mittel auch bei narbigen Trachealstenosen anzuwenden. Es wird zu diesem Zweck eine an beiden Enden verschlossene O'Dwyer'sche Röhre von verschiedener Länge und

ungefähr $^{5}/_{10}$ mm Wandstärke verwendet. Je nachdem man die ultradurchdringende oder die zusammengesetzte Bestrahlung durchführen will, wird das Radiumsalz im Innern der Röhre oder an ihrer äusseren Fläche angebracht. Als besondere Vortheile dieser Behandlungsart nennt Verf. u. A. die anästhesirende Wirkung des Radiums und die resultirende glatte, geschmeidige, nicht wuchernde Narbe.

HANSZEL.

100) **E. Goetsch** (Greifswald). **Ein Fall von Syphilis der Trachea und der Bronchien.** *Diss. Greifswald 1910.*

Genaue Mittheilung des Sectionsbefundes und im Anschluss an diesen Fall makroskopische Beschreibung ähnlicher Fälle, die sich in der Sammlung des Anatomisch-pathologischen Institutes Greifswald befinden.

OPPIKOFER.

101) **Walter Beyer** (Magdeburg). **Ueber einen Fall von chronischer fibrinöser Entzündung der Trachea, verursacht durch avirulente Diphtheriebacillen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 44. 1912.*

43jähr. Mann, expectorirt täglich im Laufe des Vormittags unter Brustschmerzen und Erstickungsgefühl mit Anstrengung eine „ca. 5 cm Durchmesser haltende flache, grauweissliche, compacte Masse, die aus zwei zusammenhängenden Schichten besteht, einer lamellösen, an einigen Stellen röthlich, sonst weiss gefärbten und einer mehr grauen, schleimig flockigen". Mikroskopisch in der lamellösen Schicht diphtheriebacillenähnliche Stäbchen, in den lockeren Partien Streptokokken uud Diplococcus lanceolatus. In Culturversuchen gelang es nur einmal (im hygienischen Institut in Greifswald), Diphtheriebacillen zu züchten, die sich beim Infectionsversuch avirulent zeigten. Therapeutisch war der Kranke durchaus nicht zu beeinflussen. Die Bronchoskopie wurde leider nach einem fehlgeschlagenen Versuche aufgegeben.

ZARNIKO.

102) **H. Koerbl** (Wien). **Ruptur der Trachea und Perforation des Oesophagus bei Larynxbrüchen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 34. 1912.*

Nach einem Trauma des Larynx, dem schwere Dyspnoe und Hautemphysem folgt, ist unbedingt sofort zu tracheotomiren, auch für den Fall, dass eine Fractur nicht mit Sicherheit festzustellen ist.

HANSZEL.

103) **K. Justi** (Hongkong). **Diaphragma der Trachea nach Tracheotomie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 36. 1912.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines wegen Diphtherie tracheotomirten 7jähr. Chinesenmädchens, bei dem nach anscheinend glattem Heilungsverlauf etwa 14 Tage nach der Entlassung allmählich Athemnoth auftrat, die zur Retrotracheotomie zwang. Die Ursache der Athemnoth bestand in einer dicht oberhalb des Luftröhrenschnittes von dem ganzen Umfang der Luftröhre entspringenden sichelförmigen Leiste, die sich allmählich — Pat. war nach der erneuten Tracheotomie auf Wunsch mit Canüle entlassen worden — zu einer derben, den unteren Eingang zum Kehlkopf fast völlig versperrenden Membran ausgebildet hatte, welche nur an ihrem vorderen Abschnitt eine feine Oeffnung zeigte, durch die nur eine dünnste

Sonde in den Kehlkopf eindringen konnte. Excision der Membran und längeres Tragen einer Dupuis'schen Schornsteincanüle führte schliesslich zur Heilung. Als Ursache des Diaphragmas glaubt Verf. die Canüle wohl unmittelbar nicht verantwortlich machen zu dürfen, vielmehr dürfte die Narbe auf dem Boden eines diphtheritischen Geschwüres gewachsen sein und das verzögerte Decanülement als ätiologisches Moment (verschärfter Aspirationszug) in Betracht kommen. HECHT.

f) Schilddrüse.

104) **Pattavel** (Bern). **Beitrag zur pathologischen Anatomie des Morbus Basedowii.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 116. 1912.*

Höchstwahrscheinlich kommen in Folge gegenseitiger Beziehungen anatomische Veränderungen in den Drüsen mit innerer Secretion bei Morbus Basedowii vor; so wurde bei einem Fall von alimentärer Glykosurie Degeneration der Langerhans'schen Drüsen festgestellt und in den Nebennieren in 4 Fällen cellulare Hypertrophie des Marks. SEIFERT.

105) **Karl Kolb. Ueber Intestinalerscheinungen bei Basedow'scher Krankheit und die Schwierigkeit der Diagnose.** Aus der chir. Klinik der Univ. Heidelberg. Director: Prof. Dr. Wilms. *Münchener med. Wochenschr. No. 49. 1912.*

Verf. beschreibt ausführlich Krankengeschichte und Operation eines Falles von „Struma permagna diffusa substernalis mit Trachealstenose. Bronchitis diffusa. Leichtes Emphysem. Mitralinsufficienz. Vielleicht symptomarmer Morbus Basedowii." Bei dem 45jähr. Pat. sistirten sofort nach der Operation die seit 15 Jahren bestehenden, jeglicher Therapie trotzenden Diarrhoen. Bezugnehmend auf diesen Fall und unter Berücksichtigung der citirten einschlägigen Literatur weist Verf. darauf hin, dass man in allen Fällen von therapeutisch nicht beeinflussbaren Diarrhoen, die sich klinisch durch einen objectiven Befund im Abdomen nicht erklären lassen, an die Möglichkeit eines verkappten incipienten Basedow denken müsse. HECHT.

106) **T. v. Verebély** (Budapest). **Pathologie der Basedow'schen Krankheit.**

107) **R. Bálint** (Budapest). **Ueber einige Fragen der Symptomatologie und der internen Behandlung der Basedow'schen Krankheit.**

108) **W. Manninger** (Budapest). **Die Behandlung der Thyreosen (Basedow).** *Verhandl. des kgl. Vereins der Aerzte in Budapest. No. 8—9. 1912.*

v. Verebély (Budapest) giebt eine vollkommene Beschreibung der verschiedenen Formen des Basedow. Die anatomischen Veränderungen, welche im Anschluss an Thyreosen beschrieben wurden, gehören in die Gruppe der Hypertrophie, der Degeneration und der Atrophie. Von den Veränderungen der Schilddrüse ist gewöhnlich nur der eine Theil als Folge der Thyreose zu betrachten, der andere Theil ist anscheinend nur einfache Complication der Functionsstörungen. Specifische Veränderungen sind: die morphologische Veränderung des Epithels,

sowie seine Vermehrung, welche sich als Erweiterung der Follikel, Wucherung und Desquamation zeigt; die Umwandelung des Colloids und die lymphoiden Ansammlungen. Von den nicht specifischen Veränderungen ist eine ganze Reihe bekannt, da die Entwickelung der Thyreosen nicht nur im Anschlusse an einfache Strumen, sondern auch bei malignen Strumen, Thyreoiditis, Strumitis, Operation von atoxischen Strumen und auch nach Verabreichung von Medicamenten (Jod, Thyreoidin) beobachtet wurde. In diesen Fällen war ein Theil der Schilddrüse zu Grunde gegangen und zu dessen Ersetzung erfolgte eine derartige Reparation, welche auf diese Weise Hypersecretion verursacht hat. Unter den lymphatischen Hyperplasien ist die Vergrösserung der Thymus die wichtigste, welche in 40 pCt. der obducirten Fälle gefunden wurde.

Im Mittelpunkte der klinischen Symptome steht die Schilddrüse mit ihren mannigfaltigen anatomischen Veränderungen, welche auf eine Hyperfunction hinweisen; durch die vielfachen Beziehungen, in welcher sie mit den drüsigen Organen der inneren Secretion steht, löst sie einen Theil der Symptome auf directem, den anderen auf indirectem Wege aus.

R. Bálint ist der Meinung, dass die Basedow'sche Krankheit keine selbstständige Neurose mit Veränderung der Secretion der Schilddrüse ist. Unter ihren Symptomen sind die Veränderungen des Stoffwechsels wahrscheinlich unmittelbar thyreogenen Ursprungs. Der grösste Theil der übrigen Symptome spielt theils auf dem Sympathicusgebiete, theils auf dem Gebiete des autonomen Nervensystems. Nach den Versuchen, welche Bálint und Molnár gemeinsam ausführten, wird die Reizung des autonomen Systems für eine compensatorische Wirkung der Sympathicusreizung ausgelöst. Die innere Therapie betreffend, sind die specifischen Mittel (Antithyreoidinserum, Rodagen) bei Basedow ohne Wirkung, die Röntgentherapie kann gefährliche Folgen haben. Körperliche und psychische Ruhe, Höhenklima, combinirt mit Hydro- und Elektrotherapie, können angewendet werden. Die Diät ist sehr wichtig. Der chirurgische Eingriff ist angezeigt: 1. Wenn der Zustand des Kranken trotz innerer Behandlung sich schnell verschlimmert oder in 1 bis $1^1/_2$ Jahren nicht bessert; 2. die Operation ist unbedingt anzurathen bei Kranken, welche sich die Mittel der medicamentösen Therapie infolge ihrer sozialen Lage nicht verschaffen können.

W. Manninger referirt über die chirurgische Behandlung der Thyreosen. Wir können sämmtliche Symptome der Thyreose aus dem gestörten Gleichgewicht der Schilddrüsenfunction (Moebius) erklären. Der Verlauf der Krankheit kann von den gegenseitigen Wirkungen auf das Nervensystem, innere Secretion, Stoffwechsel und Herz erklärt werden (Circulus vitiosus). Aufgabe der Behandlung ist, diesen Kreis an einem wichtigen Angriffspunkte zu unterbrechen, was auf dem schnellsten und sichersten Wege durch das Herstellen des Gleichgewichts in der Function der Schilddrüse erreicht werden kann. Nasenoperationen lösen zuweilen einen Basedow aus, andererseits kann die Herstellung der Nasenathmung die Symptome, besonders den Exophthalmus, bessern. Der reine Basedowtod ist eine Folge der Herzinsufficienz. Unsere erste Aufgabe ist die causale Therapie: Behandlung der Strumitis, Entfernung des Tumors, Jodentziehung und die Be-

handlung einer eventuellen manifesten Infection (Lues, Tuberculose). Unbemittelte Patienten sollen frühzeitig operirt werden, bevor sich von Seiten des Herzens und Nervensystems bleibende secundäre Veränderungen melden. In acuten, hypertoxischen Fällen ist es angezeigt, die Operation in mehreren Abschnitten zu machen. In chronischen, doch nicht sehr veralteten Fällen giebt die möglichste Verkleinerung der Schilddrüse mit Unterbindung der contralateralen Arterie die besten Erfolge. Die Gefährlichkeit der Operation steht zu der Abnahme der Leistungsfähigkeit des Herzens in directem Verhältniss. Die unmittelbare Mortalität nach der Operation ist 3—5 pCt. Nach Erfahrungen von solchen Beobachtern, welche über grosses Material verfügen, sind die Endresultate:

	Mit chirurgischer Behandlung	Mit nicht chirurgischer Behandlung
Heilung	50 pCt.	33 pCt.
Besserung . . .	45 „	55 „
Todesfälle . . .	5 „	12 „

POLYAK.

109) **Fonio** (Samaden-Sils). **Ueber den Einfluss von Basedowstruma- und Thyreoidinpräparaten auf den Stickstoffwechsel und das Blutbild von Myxödem unter Berücksichtigung ihres Jodgehalts.** *Berner Dissertation. Verlag G. Fischer. Jena 1911.*

Die Versuche wurden an zwei angeboren schilddrüsenlosen, stark myxödematösen, jugendlichen Individuen gemacht, einem 29jähr. Burschen von mässig erhaltener Intelligenz, gutem Lesen, Schreiben und Rechnen, ohne weiteren Horizont, und einem vollständig idiotischen Mädchen von $9^3/_4$ Jahren. Letzterem wurde vor den Ingestionsversuchen in die Tibiaröhre, über dem Nabel unter der Muskelfascie und unter der Haut frische menschliche Schilddrüse eingepfropft. Die Ernährung bestand in reiner Milchkost, beim Burschen in 2 Liter, beim Mädchen in $^4/_5$ Liter täglich, welche Mengen zur Erhaltung des Stickstoffgleichgewichts ausreichten. Die Resultate waren folgende: Uebereinstimmend mit den Angaben der Literatur bei Fütterung mit Thyreoidea- bezw. Colloid- und Basedowstrumapräparaten erhöhte Stickstoffausscheidung, vermehrte Diurese und Abnahme des Körpergewichts. Die Stickstoffausscheidung nimmt zu mit steigendem Jodgehalt der Präparate. Im Blute zeigt sich Vermehrung der Procentzahl der polymorphen, neutrophilen Leukocyten und entsprechende Herabsetzung der Lymphocyten; also Annäherung an das Blutbild, welches parallel geht mit dem Jodgehalt der Fütterungspräparate.

JONQUIÈRE.

110) **Oswald** (Zürich). **Ueber den Morbus Basedowii.** *Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 30. 1912.*

Basedow ist nach den Darlegungen des Verf.'s keineswegs eine primäre Thyreotoxicose, sondern ein initialer neurotischer Zustand. Dieser beruht hauptsächlich auf einer Neurose des N. laryngeus inf., der die Schilddrüse zu vermehrter Secretion anregt, was experimentell erwiesen ist. Als Zweig des N. vagus gehört der N. laryngeus inf. dem autonomen Nervensystem an. Die Rolle des N. sympathicus ist nach Verf. bei Basedow weniger klar. Der N. laryngeus

stände demnach in einem Circulus vitiosus (Ref.). Denn die durch ihn vermehrte Secretion bewirkt eine Vergrösserung der Schilddrüse, welche ihrerseits den N. laryngeus durch vermehrten Druck zu stärkeren Secretionswirkungen anregt u. s. w. Demnach spielt die Thyreotoxicose immerhin eine Hauptrolle, weshalb die Resection der Schilddrüse bei Basedow in vielen Fällen einen ausschlaggebenden Erfolg hat. Der Exophthalmus erklärt sich nach Verf. nur zum Theil durch den Landström'schen Muskel. Vasculäre Erscheinungen, vermehrte arterielle Füllungen mit venösen Stasen, locale Oedeme mit oder ohne consecutive Gewebswucherungen, sollen die Hauptfactoren sein. Die Behandlung des Basedow betrifft vor allem die Neurose: Ruhe, Schonung, Entfernung aus dem Milieu, Luftveränderungen, physikalisch-diätetische Maassnahmen, Medicamente, Natrium phosphoricum, Bromsalze, niemals Jod. Erst nach dieser zuwartenden Therapie tritt die Operation in ihr Recht ein. Vom Basedow ist zu unterscheiden das Kropfherz, das ähnliche Symptome und auch Exophthalmus aufweist. Hier hat man primäre Thyreotoxicose, doch fehlen die Lidsymptome; und immer geht der Kropf deutlich den anderen Symptomen voraus, was bei Basedow oft nicht der Fall ist. Auch fehlen die psychischen Alterationen.

In neuester Zeit ist die Thymusdrüse als wichtiger Coefficient zum Morbus Basedowii zur Evidenz gelangt. 80 pCt. der Basedowfälle weisen Hypertrophie der Thymus auf. Bei den schweren Fällen soll sie sogar die Hauptrolle spielen, sodass man anfängt, auch sie zu entfernen.

JONQUIÈRE.

g) Oesophagus.

111) **G. Guillemin. Ueber die spontan eintretenden Narbenstenosen der Speiseröhre und ihre Behandlung. (Des sténoses cicatricielles spontanées de l'oesophage. Leur traitement.)** *Dissert. Paris 1910.*

Gutartige Ulcera oder gewöhnliche Schleimhautenzündungen sind in der Speiseröhre nach Verf. gar nicht so selten und führen dann manchmal zu Stenosenbildung. Verf., ein Schüler von Guisez, empfiehlt zur Erweiterung der Stenosen neben der Sondenbehandlung und der inneren Oesophagotomie die circuläre Elektrolyse.

OPPIKOFER.

112) **Sargnon. Behandlung der Oesophagusstenosen mittels Oesophagoskopie. (Contribution à l'étude oesophagoscopique et thérapeutique des rétrécissements de l'oesophage.)** *Archives internat. de laryng. T. XXXIV. No. 2. 1912.*

Vortrag, gehalten auf dem Spanischen Congress für Laryngologie in Bilbao, August 1912.

LAUTMANN.

113) **Ewald** (Berlin). **Die Speiseröhrenverengerung.** *Med. Klinik. No. 50. 1912.*

Die Erfahrungen von Ewald über Oesophaguskrankheiten gründen sich seit den letzten zwölf Jahren auf 382 Fälle, darunter 308 maligne und benigne Erkrankungen. Die übergrosse Mehrzahl betreffen Verengerungen der Speiseröhre. Da unter den Ursachen der Krebs überwiegt, beziehen sich die Ausführungen des Verf.'s fast ausschliesslich auf das Carcinoma oesophagi.

SEIFERT.

114) **C. Gordon Watson. Zwei Fälle von peptischem Geschwür des Oesophagus. (Two cases of peptic ulcer of the oesophagus.)** *Brit. med. journ. 2. November 1912.*

Im ersten Fall stellten sich bei einer 47jährigen Frau nach einem acuten Anfall von epigastrischen Schmerzen Zeichen einer allgemeinen Peritonitis ein. Eine probatorische Laparotomie ergab nichts Abnormes in der Bauchhöhle. Noch in der Narkose wurde der Magen ausgespült, jedoch kam nur ein kleiner Theil der eingegossenen Flüssigkeit wieder zurück. Sechs Stunden später Exitus. Die Obduction ergab ein kleines Geschwür im Oesophagus nahe der Cardia, welches mit einer kleinen gangränösen Höhle in dem Unterlappen der linken Lunge communicirte und diese Höhle war in den Pleuraraum durchgebrochen. Die Pleurahöhle enthielt ungefähr 2 Liter Mageninhalt. Die Perforation im Oesophagus erschien frisch und es bestand kein Anzeichen einer chronischen Ulceration im Oesophagus oder Magen.

Der zweite Fall betraf eine 52jährige Frau. Sie hatte vor 5 Monaten Anfälle von epigastrischen Schmerzen mit Erbrechen gehabt; das Erbrochene enthielt bisweilen Blutspuren. Laparotomie ergab nichts Abnormes. Zwei Tage später Exitus. Obduction ergab ein Geschwür im Oesophagus, 3—5 cm nahe der Cardia. Perforation war nicht eingetreten; das Geschwür zeigte mikroskopisch chronische Entzündung und keine Spuren von Carcinom.

JOHN WRIGHT.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Th. Heryng. Traité de laryngoscopie et de laryngologie opératoire et clinique.** Paris. Masson & Cie. 1912.

Dem französischen Laryngologen ist der Name Heryng nicht unbekannt, wenn er auch bisher wenig in der Lage war, die Arbeiten Heryng's im Original zu lesen, da diese zumeist in wenig zugänglichen Journalen erschienen sind. Es war daher ein guter Gedanke, den Dr. Charles Siems hatte, dies Buch für die französischen Leser zu übersetzen. Wie der Titel sagt, behandelt dies neueste Werk Heryng's sowohl die Laryngoskopie wie die klinische und operative Laryngologie, ein Gebiet, auf dem Heryng reiche persönliche Arbeit aufweisen kann und deren Resultate er jetzt gesammelt dem Leser darreicht. Es ist damit sofort klar, dass das Buch einen streng persönlichen Charakter hat und wenn es auch im Sinne des Autors für den Anfänger in der Laryngologie bestimmt ist, so wird hauptsächlich der Erfahrene an der Lecture des Buches das volle Interesse finden. Er wird die kleinen Flüchtigkeiten leicht corrigiren, über die vielfachen Wiederholungen rasch hinweggehen, das Mangelnde ohne Schaden entbehren und namentlich die Stellen, die nicht mehr ganz modern klingen, mit jenem Interesse lesen, das der Erfahrene eben allein der Geschichte seiner Disciplin entgegenbringen kann.

Die Einleitung bringen einige kurze Capitel über die Anatomie, Histologie und Physiologie des Kehlkopfs, zum Theil illustrirt durch bekannte Abbildungen.

Hierauf folgt eine äusserst detaillirte Besprechung der Technik der Laryngoskopie, wobei natürlich die Beleuchtung in erster Linie besprochen wird. Was das Auer'sche Licht, was die elektrische Glühlampe ist, wie ein Lampenträger aussieht und namentlich wie der vom Autor angegebene, wird bis ins Detail beschrieben. Natürlich erwähnt der Autor bei aller Genauigkeit nicht Alles, wie z. B. unter den Vergrösserungsgläsern der überaus praktische Spiegel von Brünings nicht Erwähnung gefunden hat. Nach Beschreibung der Instrumente geht Heryng an die Beschreibung der eigentlichen Technik, wobei überall die lange Praxis sich zeigt. Es finden sich auf diesen Seiten eine Reihe von praktischen Winken, die manchmal allerdings in äusserst drastischer Form wiedergegeben werden. Eine so detaillirte Beschreibung der Untersuchung der Mandeln, der Killian'schen Methode zur Untersuchung der Kehlkopfhinterwand findet man selten in den Lehrbüchern. Ein eigenes Capitel hat Heryng der Untersuchung der Trachea und der Bronchien überlassen, das von Schneider (Moskau) geschrieben ist. Den Schluss des ersten Theils bildet ein Capitel, in dem Heryng das Larynxphantom zwecks Einübung, namentlich der endolaryngealen Operationen, empfiehlt. Gleichzeitig giebt Heryng das Modell eines solchen leicht ad hoc construirbaren Phantoms an.

Der zweite Theil des Werkes beschäftigt sich mit der nicht operativen Therapie der Kehlkopferkrankungen. Wer sich an die Mittheilungen Heryngs auf dem Wiener Laryngologencongress erinnert, ist von vornherein sicher, ein breit angelegtes Capitel über die Inhalationstherapie zu finden. Luc, der zu dem Werke die Einleitung geschrieben hat, empfiehlt die Lecture dieses Capitels nicht nur den Laryngologen, sondern allen Badeärzten zum angelegentlichen Studium. Die Technik der Inhalationstherapie, wie Apparate zur kalten, lauen, warmen Inhalation, Thermoregulatoren für kalten Spray und für Dampf etc. sind mit einer Ausführlichkeit behandelt, die stellenweise ein eigenes technisches Talent beim Leser zur Voraussetzung haben. Es ist selbstverständlich, dass Heryng seinen Thermoregulator in erster Linie berücksichtigt. Hierauf folgt ein Capitel über Gurgelungen, in dem sogar die Möglichkeit, den Kehlkopf durch Gurgelungen zu behandeln, besprochen wird. Diese Methode kennt Heryng durch Guissier, der 1881 die Methodik der laryngonasalen Gurgelungen beschrieben hat. Für die älteren Laryngologen sind die Pinselungen die wichtigste conservative Behandlungsmethode der Kehlkopfkrankheiten und konnte es daher nicht ausbleiben, dass Heryng hier auch bis ins Detail eingeht und auf's Genaueste die Art und Weise beschreibt, wie man einen Pinsel zurechtdreht und mit demselben pinselt. Ebenso werden dann in gesonderten Capiteln beschrieben die Pulvereinblasungen, die elektrische Behandlung (mit einer langen elementaren Auseinandersetzung über die physicalischen Principien) und die Massage. Den Schluss bildet dann ein Capitel über Hygiene und Diätetik, wobei die Kleidung, das Klima, Alkohol, Tabak usw. in ihrer Einwirkung auf die Kehlkopfkrankheiten berücksichtigt werden. Ganz besonders aber muss in diesem Theil die Aufmerksamkeit gelenkt werden auf ein kurzes Capitel über die Injection von Medicamenten in den Tracheobronchialbaum, in dem Heryng einige interessante Befunde und eigene noch aus früheren Zeiten stammende Experimente mittheilt, die beim Aufschwunge

der localen Behandlung der Tracheobronchialerkrankungen actuelles Interesse bieten.

Der Beschreibung der Technik der endolaryngealen Operationen ist der dritte Theil des Werkes gewidmet. Es wird manchem auffallen, dass Heryng in dem Capitel, das der localen Anästhesie gewidmet ist, des Alypins keine Erwähnung thut. Aber hier in der endolaryngealen Operationstechnik, wo Heryng sein ureigenstes Gebiet mit der Beschreibung der operativen Behandlung der Kehlkopftuberculose betritt, will er sich offenbar nur auf alte eigene Erfahrung stützen und da Heryng offenbar nur Cocain zur localen Anästhesie benutzt, hat er die Ersatzpräparate desselben zum Theil auch nur soweit erwähnt, als er sie versucht hat. Aus demselben Grunde erwähnt Heryng in dem kurzen Capitel über allgemeine Anästhesie nur das Bromäthyl, ohne des Aethylchlorids z. B. auch nur zu gedenken. Die endolaryngealen Operationen sind schwer auszuführen, ihre Beherrschung erfordert eine lange Praxis und eine eigene persönliche Geschicklichkeit. Von diesem Grundsatz ausgehend, beschreibt Heryng die allgemeinen Principien der endolaryngealen Operationen, die Instrumente und dio Art und Weise, dieselbe im gegebenen Falle zu benutzen. In zahlreichen schematischen Abbildungen wird gezeigt, wie man die Doppelcurette an den verschiedenen Stellen des Kehlkopfs ansetzt, wie man mit der einfachen Curette zu hantiren hat, wie man die Kehlkopfzangen verwendet. Ebenso ausführlich ist die galvanocaustische Behandlung beschrieben und da für die endolaryngealen Interventionen die Tuberculose die Hauptindicationen darstellt, so kann dieser Theil des Werkes als eine eigene Abhandlung über die operative Behandlung der Kehlkopftuberculose betrachtet werden.

Den Abschluss des Werkes bilden einzelne Capitel über die verschiedenen Erkrankungen des Kehlkopfes im Verlaufe von Allgemeinerkrankungen. In erster Linie ist die Syphilis behandelt, wobei Heryng durch seinen Uebersetzer eine eigene Abhandlung über die Principien der Wassermann'schen Reaction und die Behandlung mittelst des Salvarsans hat schreiben lassen. Eigene Capitel sind dann den Erkrankungen des Kehlkopfes im Verlaufe des Myxödems, den gastrointestinalen Affectionen, den Infectionskrankheiten, namentlich Typhus, Influenza usw. gewidmet. Alle diese Artikel sind selbstverständlich nur sehr kurz gehalten, wie auch das letzte, das die Erkrankungen der oberen Luftwege im Verlaufe der bekannten Hauterkrankungen, wie Herpes zoster, Pemphigus, Lichen behandelt.

Lautmann.

---

b) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung am 18. October 1912.

Lennhoff demonstrirt an einer 65 jähr. Patientin ein Cancroid, welches die ganze Hautbekleidung der Nase zerstört hat und auf die Stirn bis auf das mediale Viertel des Unterlides beiderseits übergreift. Es besteht seit 30 Jahren bei gutem Allgemeinbefinden der Patientin und wird durch wiederholte Röntgenbestrahlung jedes Mal für einige Zeit zur Vernarbung gebracht.

Sobernheim stellt einen Knaben vor, der an schwerer Blennorrhoe der Thränenwege gelitten hat. Als Ursache für die rechtsseitige Affection fand er eine tuberculöse Wucherung am vorderen Ende der unteren Muschel, auch waren an der knorpligen Nasenscheidewand reichliche, theilweise ulcerirte Granulationsmassen vorhanden. Als Ursache für die linksseitige Blennorrhoe ergab sich nach mehrmonatiger Beobachtung eine bis dahin latent bestandene tuberculöse Wucherung, welche sich als fungöser erbsengrosser Granulationstumor im Vordertheil des linken unteren Nasenganges präsentirte. Der Patient ist rechterseits durch Exstirpation des Nasenganges gebessert, die Eiterung links zur Zeit noch vorhanden.

Ritter macht bezüglich eines von ihm in einer früheren Sitzung erwähnten Carcinoms zwischen Zungengrund und Epiglottis, das von anderer Seite mit Antimeristem behandelt worden war und seitdem $^5/_4$ Jahre lang sammt den Drüsenmetastasen verschwunden war, die Mittheilung, dass seit einigen Wochen ein jetzt walnussgrosser Tumor oberhalb der rechten Clavicula aufgetreten ist, welchen er für ein Recidiv des Carcinoms hält.

Gutzmann: Ueber habituelle Stimmbandlähmung. (Der Vortrag ist in der Berl. klin. Wochenschr. 1912. No. 47 publicirt).

Verf. versteht unter habitueller Stimmbandlähmung einen Ausfall der Stimmfunction, der weder organisch bedingt noch von hysterischen Erscheinungen abhängig ist. Die Affection betrifft hauptsächlich Kinder und wenn sie bei Erwachsenen vorkommt, so ist sie meist im Kindesalter entstanden. Am häufigsten tritt sie als chronische Heiserkeit auf, für welche die laryngoskopische Untersuchung keine locale Erklärung giebt. Bisweilen zeigt sie sich in der Form des freiwilligen Flüsterns, besonders bei Kindern, die spastischen Schwierigkeiten bei der Stimmgebung aus dem Wege gehen wollen (Stottern). — Endlich ist der bei der Phonasthenie sowohl wie auch sonst bisweilen ohne gleichzeitige Störung der Stimmgebung beobachtete gewohnheitsmässige Stridor inspiratorius während des Sprechens nach der Ansicht des Vortr. auf eine habituelle Lähmung der Kehlkopföffner zu beziehen. Vortr. präcisirt im Einzelnen die differentialdiagnostischen Momente, welche dieses Leiden von der Hysterie unterscheiden und nimmt als Ursache desselben an, dass durch längere Unthätigkeit der irgendwie afficirt gewesenen Muskeln dem Centralorgan die Erinnerungsbilder für die auszuführenden Muskelbewegungen verloren gegangen seien und daher die Muskeln auch nach ihrer Gesundung unthätig blieben.

Sitzung am 22. November 1912.

Grabower demonstrirt eine Abbildung sowie mikroskopische Präparate eines von ihm beobachteten primären Gaumencarcinoms, welches längere Zeit hindurch nur über harten und weichen Gaumen nebst Uvula ausgebreitet war, und diesen Theilen wie ein weicher Filzdeckel genau angepasst aufsass und mit ihnen verwachsen war. Nach vielen Wochen erst sind Metastasen im Rachen aufgetreten. Verf. hat in der Literatur sicher gestellte primäre Gaumencarcinome, im Ganzen sechs aufgefunden.

Davidsohn hat nach Kuhn'scher peroraler Intubation gelegentlich einer Stirnhöhleneröffnung am linken Processus vocalis eine Schwellung und zwei Monate darauf an derselben Stelle eine kleine Granulationsgeschwulst gesehen.

Peyser und Ritter berichten Aehnliches.

Killian ist derartigem nie begegnet, er führt das Kuhn'sche Instrument unter Leitung des Spiegels ein.

Killian stellt einen geheilten Patienten vor, dem er wegen Carcinom den Larynx exstirpirt hat und einen von ihm operirten Patienten, dessen Carcinom unterhalb einer Tonsille sass und von da abwärts zum Sinus pyriformis sich erstreckte. Die Exstirpation wurde von der Seite her in localer Anästhesie nach Scopolamin-Morphium-Einspritzung ausgeführt. Der Operation wurde die Tracheotomie und Einführung einer Gummischwamm-Tampon-Canüle vorausgeschickt.

A. Meyer stellt eine Patientin vor, welcher er ein ausgedehntes Carcinom, das die untere Partie des Siebbeinlabyrinths und fast die ganze Kieferhöhle füllte, entfernt hat vermittels einer Schnittführung, welche vom inneren Drittel der Augenbraue über den Processus nasalis bis ungefähr zur Mitte der Apertura pyriformis ging. Von hier aus wurde die Schleimhaut der lateralen Nasenwand über und unter der unteren Muschel entfernt, darauf die Kieferhöhle durch Abtragung der „Crista pyriformis“ eröffnet und der anfängliche Schnitt nach unten und aussen quer über die Wange bis gegen den Processus alveolaris hin verlängert. Bei guter Uebersicht konnte alles Krankhafte entfernt werden.

West stellt drei Patienten vor, an denen er von der Nase aus den Thränensack operirt hat. Bei einer Patientin war vorher von aussen eine Phlegmone operirt worden, der Eingriff liess eine Fistel zurück, welche nach einer Operation von der Nase her sehr bald sich geschlossen hat.

Discussion zu dem Vortrag des Herrn Gutzmann „Ueber habituelle Stimmbandlähmung“.

Killian: Dass uns die von G. charakterisirten Fälle so selten zu Gesicht kommen, liegt wohl daran, dass sie zumeist Kinder betreffen, etwas öfter, aber immerhin vereinzelt, habe ich Erwachsene mit der beschriebenen Stimmstörung gesehen, bei denen letztere aus der Kindheit herzuleiten ist. Derartige Fälle habe ich nicht als hysterische gedeutet, sondern ich hatte die Auffassung, dass es sich thatsächlich um eine üble Angewohnheit, um eine Art von unreiner Stimmbildung handelt, die wie Herr G. eben auseinandergesetzt, auf mühsamem Wege durch Stimmübungen sich in Ordnung bringen lassen. Um die der Stimmstörung zu Grunde liegende Ursache im einzelnen Falle zu ergründen, ist es nöthig, die neurologischen Untersuchungsmethoden in erschöpfender Weise anzuwenden.

Grabower: Ich möchte nur Einiges zu dem von Herrn Gutzmann erörterten inspiratorischen Stridor sagen. Herr G. leitet denselben von einer Lähmung der Erweiterer ab und spricht von einer habituellen Posticuslähmung. Ich kann mich dieser Anschauung nicht anschliessen. Denn die Inspirationsmuskeln sind ja in den von Herrn G. angeführten Beispielen gar nicht gelähmt, sie sind nur will-

kürlich ausser Function gesetzt. Dies erklärt sich m. E. am ungezwungensten durch Ermüdung des innervirenden Centrums, welche eine perverse Action der Stimmlippen zur Folge hat. Durch das anhaltende Lallen des Kindes — um bei dem Beispiele des Herrn G. zu bleiben — wird das Adductionscentrum durch Ueberanstrengung ermüdet und die Folge davon ist eine verkehrte Directive, die das ermüdete Innervationscentrum austheilt. Statt, dass die Innervationsmuskeln innervirt werden sollten, werden fälschlich die Adductoren innervirt und daher der Stridor. Wenn diese verkehrte Action längere Zeit anhält, dann tritt eine Gewöhnung an diesen Zustand ein. Aber wir haben es dann nicht zu thun mit einer habituellen Lähmung, sondern vielmehr mit einer gewohnheitsmässigen Verkehrtheit der Innervationsgebung.

P. Heymann: Ich habe immer in meinen Vorlesungen darauf aufmerksam gemacht, dass sich im Anschluss an einen acuten Kehlkopfkatarrh sehr häufig Lähmungen, namentlich der Interni finden, die den Eindruck des hysterischen machen, die sich aber doch im Wesentlichen von hysterischen unterscheiden. Die Fälle erfordern meist eine länger dauernde Behandlung mit Adstringentien und mit Elektricität. In vielen Fällen hatte ich die Ueberzeugung, dass noch tiefer liegende Muskelpartien sich in einem Zustande katarrhalischer Veränderung befinden. Auch nach Adenotomie habe ich häufig derartige Fälle beobachtet.

Kuttner: Herr G. führt die von ihm bezeichneten habituellen Lähmungen darauf zurück, dass den Patienten die Erinnerungsbilder für die geeigneten Muskelbewegungen verloren gegangen seien. Für eine Reihe von Fällen trifft dies zu, wie das Verstummen ertaubter Kinder und das Offenbleiben des Mundes nach Adenotomie beweisen. Ob aber diese Erklärung für alle hier in Betracht kommenden Fälle ausreicht, ist mir zweifelhaft. — Was die von G. gebrauchte Bezeichnung „habituelle Lähmungen" anlangt, so kann ich dem nicht zustimmen. Denn es handelt sich hier nicht um gelähmte Muskeln, sondern um eine Functionsuntüchtigkeit, um eine Coordinationsstörung für eine ganz bestimmte Function. — Wenn im Uebrigen ein Kind nach einer acuten Laryngitis, nachdem alle anatomischen Läsionen geschwunden sind, seine gewöhnliche Sprechstimme durchaus nicht wiedergewinnen kann, oder wenn — wie es mir passirt ist — eine Sängerin, die sich nach Entfernung eines Stimmbandpolypen aus eigenem Willen eine vierwöchige Flüstercur auferlegt hatte, in dieser Zeit die laute Sprache vollständig verlernt hat, und es vieler Mühe bedurfte, bis sie wieder laut sprechen lernte, so kann man zwar nicht auf Grund dieses einen Symptoms die Diagnose Hysterie stellen, aber „normalpsychogen" möchte ich dieses Verhalten nicht bezeichnen. Dies deutet immer auf eine gewisse Abnormität in der Psyche hin.

Alexander: Ich habe eine Reihe von Patienten gesehen, bei denen eine seit 10, 20 und mehr Jahren persistirende Heiserkeit nach einer in der Kindheit überstandenen Infectionskrankheit vorhanden war, und habe stets die Anschauung gehabt, dass der Muskelapparat der Stimmlippen eine dauernde Schädigung davongetragen habe. Vor der Annahme einer Hysterie schützte mich schon die Thatsache, dass der objective Larynxbefund jederzeit der gleiche blieb.

Barth: Die habituellen Lähmungen sind alle als psychogen zu betrachten, auch wenn sie nicht auf hysterischer Grundlage ruhen. Einige Beispiele: Eine alte Dame ist in Folge eines vom Taschenband ausgehenden Polypen, der in die Rima glottidis herunterhängt, heiser. Sonst ist nichts Abnormes im Kehlkopf. Nach völlig reactionsloser Entfernung des Polypen tritt eine Aphonia spastica auf, und es bedurfte längerer erziehlicher Behandlung, um sie zu beseitigen. Die Glottisschliesser haben vorher wegen des Hindernisses sehr stark arbeiten müssen und schiessen auch nach Beseitigung des letzteren noch lange Zeit über das Ziel hinaus, daher spastische Contraction. In einem ähnlichen Falle, der eine robuste Bäuerin betraf, stellte sich nach Entfernung des Tumors sofort eine tönende Stimme ein. Beispiele von Stimmstörungen der in Frage stehenden Art geben auch solche Personen, welche immer heiser sprechen und dabei wunderschön singen können, wie mir dies in meiner Praxis begegnet ist.

Peyser: Ich möchte ganz besonders das von G. angegebene Unterscheidungsmerkmal hervorheben zwischen hysterischer Stimmstörung und der von ihm so genannten habituellen Lähmung, nämlich dass sich bei letzterer die Störung in einer bestimmten Tonstrecke zeigt. Es müssen deshalb Untersuchungen an Hysterischen unter jenem Gesichtspunkt angestellt werden. Bis dies geschehen, muss die Discussion darüber, ob es sich hier in der That um ein neues, praktisch bestätigtes Krankheitsbild handelt, aufgeschoben werden.

Sturmann: Die hysterische Lähmung tritt nie an einem Muskel isolirt auf, sondern umfasst immer die ganze Gruppe der Glottisschliesser. Schwieriger als die Differencirung der Gewohnheitslähmung von der hysterischen, erscheint mir die zwischen ersterer und der myopathischen Lähmung insbesondere bei den chronischen Fällen Erwachsener, deren Heiserkeit bis in das Kindesalter zurückreicht, und über deren Entstehungsursache die Patienten nichts anzugeben wissen. Ihre Stimmstörung kann ebensowohl auf eine myopathische Lähmung, als auf falsche Gewöhnung bezogen werden. Auch der Erfolg der Therapie scheint mir nicht beweisend zu sein, da auch die myopathische Parese der Uebungstherapie zugänglich ist. Was auch noch die Entscheidung, ob Gewohnheitslähmung oder Muskellähmung, erschwert, ist, dass wir die elektrische Erregbarkeit nicht recht prüfen können. Was die Gaumensegellähmung anlangt, so dürfte wohl die Deutung des Vortragenden nur selten zutreffen, dass bei adenotomirten Kindern durch falsche Gewöhnung eine Rhinolalia aperta auftrete, weil vorher der Nasenrachenraum ausgefüllt war, und daher das Gaumensegel nicht nöthig hatte, sich zu contrahiren. Es treten in den meisten Fällen bei der Operation Gewebsblutungen und Quetschungen auf. Wir sahen ferner häufig, dass Rhinolalia aperta sich einstellt, wenn der Nasenrachenraum frei war und nur an den Tonsillen operirt wurde. Es liegt daher die Deutung näher, dass die Kinder das Gaumensegel nicht bewegen, weil es ihnen wehe thut. Die Nasensprache geht auch meist mit der Heilung der Wunde vorüber. Wenn sie einmal fortdauert, so kann man wohl von einer Gewohnheitslähmung sprechen, die aus einer Schmerzlähmung entstanden ist.

Katzenstein: Der Vortragende spricht von einer Gewohnheitslähmung einzelner Muskeln, des Internus, des Transversus oder der Postici und denkt sie sich

entstanden dadurch, dass nach vorangegangener traumatischer Parese der Psyche die Erinnerungsbilder für die Coordination der Muskelbewegungen verloren gegangen seien. Das Gehirn beeinflusst aber stets zusammengehörige Muskelcomplexe oder lässt sie auch zusammen ausfallen, z. B. alle Adductoren bei der hysterischen Lähmung des Kehlkopfs; der Functionsausfall eines einzigen zu einer functionellen Gruppe gehörigen Muskels ist unwahrscheinlich. Auch hat der Vortragende es versäumt, den klinischen Nachweis der Lähmung der einzelnen Muskeln zu erbringen. Er hätte nachweisen müssen, dass die Reflexerregbarkeit der Kehlkopfschleimhaut und die elektrische Erregbarkeit der Kehlkopfmuskeln normal waren.

Gutzmann (Schlusswort): Die Prüfung mit dem elektrischen Strom habe ich am Larynx oft versucht, manchmal auch während der Stroboskopie. Wenn man die geeignete Reizstelle trifft, so bekommt man bei habituellen Lähmungen nicht ganz dasselbe Bild wie bei der normalen Stimme. Bei letzterer bekommt man, wenn man einen Strom von 2 Milliampère hineinleitet, während der Sprechende Stimme angiebt, bei Kathodenschluss eine Tonunterbrechung, weil die Innervation verstärkt wird, bei $1^1/_2$ Milliampère aus dem gleichen Grunde eine Tonerhöhung. Bei habituell Gelähmten findet man bei Anwendung der vorher genannten Reizstärke die Tonunterbrechung nicht, weil die Weite der Glottis, z. B. bei Internuslähmung, grösser ist. Reize, die wir vom Nerven aus direct zum Kehlkopf senden, rufen ja, wie allbekannt, Schluss der gesammten Musculatur hervor. Zwischen diesen und einem psychogenen, durch Vorstellungen bedingten Reiz, ist doch ein gewaltiger Unterschied. Was die isolirte Lähmung einzelner Muskeln anbelangt, so ist dieselbe oft bei Hysterischen beobachtet. Indem ich auf die mannigfaltigen Auseinandersetzungen in meinem Vortrage verweise, betone ich, dass es mir besonders darauf ankommt, auf jene Erscheinungen aufmerksam zu machen, die oft genug kurzer Hand als Hysterie bezeichnet werden, und die ich nicht als Hysterie angesehen wissen möchte. Psychogen sind natürlich auch diese Erscheinungen, aber nicht psychopathologisch. Alle die Dinge, die ich mitgetheilt habe, fand ich bei sonst gesunden Kindern, die nur durch die lange Dauer der Erscheinungen dahin gebracht waren, die Bewegungen zu vergessen.

Sitzung am 13. Dezember 1912.

Hölscher stellt einen Patienten mit Kehlkopftuberculose vor, dem anderweitig 2 Friedmann'sche Injectionen gemacht worden sind. Nach der ersten will Patient eine Besserung, nach der zweiten eine erhebliche Verschlimmerung, insbesondere Athembeschwerden, verspürt haben. Ein Localbefund aus der Zeit vor den Injectionen wird nicht gegeben. Fünf Monate nach der zweiten Injection sah ihn H. zum ersten Male und constatirte erhebliche Schwellung und völlige Unbeweglichkeit der linken Kehlkopfseite. An der rechten Stimmlippe einige Ulcerationen und Granulationen; hochgradige Athemnoth. Bei Besichtigung am Schwebeapparat zeigten sich auch auf der linken Stimmlippe ausgedehnte Ulcerationen und Granulationen. Nach Auskratzung derselben besserte sich der Zustand, verschlimmerte sich jedoch nach mehreren Wochen wieder: Starke Dyspnoe. Tracheo-

tomie, permanente Trachealcanüle. Danach hat sich Patient erholt. Die Ulcerationen und Granulationen sind zur Zeit nicht mehr vorhanden, aber die Schwellung und Unbeweglichkeit der linken Kehlkopfseite besteht nach wie vor.

H. schliesst aus dieser Beobachtung, „dass wir uns bei der Kehlkopftuberculose noch nicht auf eine Heilung durch das neue Mittel verlassen können".

Halle stellt eine Patientin vor, bei welcher nach einer wegen einer tuberculösen Wucherung auf der hinteren Kehlkopfwand ausgeführten Auskratzung und darauf folgender Galvanocauterisation eine Medianposition beider Stimmlippen sich eingestellt hat.

Schoetz meint, dass nach dem tiefen Curettement mit darauf folgender Caustik eine constringirende Narbe entstanden sein könnte, welche die Annäherung der Stimmlippen bewirkt habe.

Grabower: Der Fall ist meines Erachtens so zu erklären, dass nach dem Eingriff sich auf der hinteren Kehlkopfwand ein Entzündungsherd gebildet, welcher sich nach beiden Cricoarytaenoidgelenken fortgesetzt und dort durch ein um die Basis der Aryknorpel gesetztes Exsudat eine Ankylose der Arygelenke mit consecutiver Medianstellung der Stimmlippen bewirkt hat. Man sieht auch die Basis der Aryknorpel in ihrer ganzen Circumferenz stark geschwellt.

Killian stellt einen von ihm operirten Patienten vor, der 10 Jahre lang an Nebenhöhlenkatarrh und Nasenpolypen gelitten hat und bei dem in letzter Zeit sich in der rechten Nasenhöhle ein mikroskopisch festgestelltes Carcinom gezeigt hat. Der Schnitt ging durch die Augenbraue an der seitlichen Nasenwand nach abwärts, dann um den Nasenflügel herum durch die Mitte der Oberlippe. Durchschneidung der Mundschleimhaut und Umklappen der Wange nach aussen. Nun wurde die Kieferhöhle von der Crista pyriformis aus aufgebrochen. Im medialen Theile des Antrum maxillare war Tumormasse, im lateralen nur ödematöse, chronisch entzündete Schleimhaut. Darauf wurde das Siebbein, auch die Lamina papyracea — nach Entfernung der Periorbita — weggenommen. Die Siebbeinzellen zeigten sich durchgehends nur mit ödematös geschwellter Schleimhaut ausgefüllt. Alsdann wurde die Stirnhöhle von deren Boden aus eröffnet und nach Bildung einer Spange auch die vordere Wand derselben resecirt. Nach Herausnahme des ganzen Tumors mit dem scharfen Löffel zeigte sich auch der oberste Theil der Nasenschleimhaut bis an die Lamina cribrosa vom Tumor befallen. Um der Gefahr der Infection auf dem Wege der mit dem Subduralraum communicirenden Lymphscheiden der Olfactoriuszweige vorzubeugen, wurde nach gründlicher Auswaschung mit Wasserstoffsuperoxyd die Operationsstelle am Septum mit Jodtinctur bestrichen, von der Schädelbasis alles Krankhafte resecirt und die Gegend der Lamina cribrosa noch einmal mit einem Jodanstrich versehen und tamponirt. Die Heilung nimmt einen guten Verlauf.

West demonstrirt 2 Patientinnen, denen der Thränensack operirt ist. Die eine ist jetzt über ein Jahr geheilt geblieben, der anderen sind vor Kurzem nach Resection des Septums beide Thränensäcke eröffnet. Die Operation ist ohne Reaction verlaufen.

Halle: Ueber die Tonsillenexstirpation, ihre Gefahren und deren Bekämpfung.

H. bespricht die Indicationen der Exstirpation, hält sie insbesondere bei chronisch erkrankten Tonsillen für angezeigt und warnt vor der kritiklosen Ausführung derselben. Unter allen von ihm geprüften Operationsmethoden giebt er der West'schen den Vorzug und empfiehlt auch das von ihm angegebene Verfahren. Für Kinder ist die Sluder'sche Operation allen anderen vorzuziehen. — Die Gefahren der Operation sind Nebenverletzungen, Blutungen, insbesondere Nachblutungen und Infection.

Senator: Dass total vereiterte oder septisch erkrankte Tonsillen zu Gunsten des Allgemeinbefindens geopfert werden müssen, meint auch S., nur ist er ebenfalls mit dem Vortr. der Meinung, dass die Tonsillen eine Function haben müssen und betont, dass die inneren Kliniker zur Zeit sich vielfach principiell gegen die Ausrottung derselben erklären.

Hölscher spricht sich in demselben Sinne aus, meint jedoch, dass zahlreiche innere Kliniker der Exstirpation günstig gestimmt seien.

Levy hält nach seiner Erfahrung bei der recidivirenden Peritonsillitis die Entfernung des oberen Lappens für völlig ausreichend.

Sobernheim erscheint die Indicationsstellung der Exstirpation wegen Nephritis von fraglicher Berechtigung.

Wagner: Die Entfernung der Tonsille giebt keine Gewähr für die Beseitigung von Allgemeinerkrankungen, da ausser ihr der gesammte Waldeyer'sche Schlundring für Mikroben aufnahmefähig ist.

Killian wünscht, um recht genaue Indicationen aufstellen zu können, zahlreiche Mittheilungen detaillirter Krankengeschichten.

Hölscher trägt nach Trennung der Adhäsionen zwischen Gaumenbögen und Tonsille letztere mit der Brünings'schen Schlinge ab.

Wagener entfernt die hervorgezogene Tonsille mit einem scharfen Löffel, in letzter Zeit mit einer schneidenden Curette.

Peyser benutzt sowohl zur Trennung der Verwachsungen wie auch zur Ablösung der Tonsille nach dem Vorgange Hopmann's eine abgebogene Scheere mit gutem Erfolge.

Claus hat in seinen letzten Fällen die hervorgezogene Tonsille vermittelst des Fingers mit gutem Erfolge ausgeschält. Die Hand des Operateurs ist mit einem dicken Gummihandschuh zu versehen.

West sieht den Vorzug der Operation vermittels scharfen Messers darin, dass derartige Wunden besser heilen und die Gefahr einer Infection eine geringere ist als bei stumpfer Abtragung.

A. Meyer theilt mit, dass die Methode der Ausschälung der Tonsille mit dem Finger von Celsus vor 2000 Jahren ausgeübt worden sei. Meyer hat auch die Fingermethode versucht und gute Erfahrungen damit gemacht.

Killian bemerkt, dass er bei Kindern nicht selten die Operation in Narkose ausgeführt habe und zwar in der Schwebe. Er könne das Verfahren für manche Fälle empfehlen. Das Kind wurde an den Haken gehängt und dabei eine einfache Zungenplatte verwandt, darauf ein Nélaton'scher Katheter durch die Nase geführt und mit dem Gebläse weiter chloroformirt. Man geht am besten langsam vor; hierbei sieht man die Arterien und Venen und kann sie fassen ehe man sie durchschneidet. Alsdann löst man die Tonsille am besten stumpf ab.

Die weitere Discussion wird vertagt. Grabower.

---

c) Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

82. Sitzung vom 2. October 1912.

Vorsitzender: Jörgen Möller.
Schriftführer: L. Mahler.

I. E. Schmiegelow: Documentum humanum zur Geschichte der Mastoidoperation.

II. E. Schmiegelow: Fall von isolirter Tuberculose der Cartilago cricoidea.

44jähriger, sonst gesunder Mann mit Respirationsbeschwerden und Husten; im oberen Theil der Trachea eine Anschwellung; linke Kehlkopfhälfte unbeweglich. Nach Tracheofissur wurde eine Probeexcision gemacht. Mikroskopie: Fibroadenom. Die Respirationsbeschwerden vermehrten sich, weshalb behufs Entfernung der Neubildung eine Laryngotracheofissur vorgenommen wurde; beim Anschneiden der Schwellung aber entleerte sich breiiger Eiter, und man fand den grössten Theil des Ringknorpels nekrotisch; Mikroskopie: Tuberculose. — Sonst in den Luftwegen kein tuberculöses Leiden nachweisbar, ein vorhandenes Knieleiden dagegen mag tuberculöser Natur sein.

III. E. Schmiegelow: Drei Fälle von Resectio totalis laryngis wegen Cancer laryngis.

1. 31jähriger Mann mit grosser Infiltration der rechten Kehlkopfhälfte und Durchbruch zum rechten Schilddrüsenlappen. Die Operation verlief gut, 24 Stunden später aber trat unter Temperatursteigerung und Husten Exitus ein. In beiden Lungen alte verkäste und fibröse tuberculöse Herde.

2. 59jähriger Mann, ulcerirende Neubildung der rechten Kehlkopfhälfte, keine Drüsenschwellungen; nach der Operation Wohlbefinden, 7 Wochen später entlassen.

3. 57jähriger Mann, 3 Monate Heiserkeit, sonst keine Symptome, bis 14 Tage vor Aufnahme sich eine Schwellung an der rechten Seite des Kehlkopfes bildete; die Neubildung nahm die ganze rechte Kehlkopfhälfte ein und hatte den Schildknorpel durchbrochen. 5 Wochen nach der Operation befindet er sich wohl und wird entlassen.

IV. E. Schmiegelow: Tödtlich verlaufender Fall von Corpus alienum pulmonis.

19jähriges Mädchen hatte muthmaasslich eine Nadel mit zweipfenniggrosser Tuchrosette aspirirt; nur wenig Husten, Stethoskopie normal, bei Röntgenuntersuchung kein Fremdkörper nachgewiesen, bei Tracheoskopie Trachea und Anfangstheil der Bronchien normal. 2 Tage später zunehmender Husten und Fieber, blutiges Expectorat, später Dämpfung in der linken Infrascapularis und bronchiale Respiration. Erneute Bronchoskopie ergab kein Resultat, erst 9 Tage nach Aufnahme wurde auf einer neuen Röntgenplatte der Fremdkörper nachgewiesen. Mittelst Bronchoskopie gelang es jetzt mit grosser Mühe, die von gangränösen Fetzen umgebene, 5 cm von der Bifurcation sitzende Tuchrosette zu entfernen, die Nadel selbst nicht sichtbar. Am anderen Morgen nach einer starken Hämoptyse Exitus. — Der Fall zeigt, dass man einem negativen Röntgenbefunde nicht zu viel trauen darf; weshalb die erste, sonst gute Röntgenplatte keinen Schatten des Fremdkörpers zeigte, ist unerklärlich; beide Aufnahmen wurden unter denselben Verhältnissen und von demselben Röntgenologen gemacht.

V. L. Mahler: Intranasal operirte Spina am knöchernen Nasenrücken.

Operation nach Joseph, Resultat befriedigend.

VI. L. Mahler: Fall von Fibroma gingivae.

Von dem 10. bis zum 20. Jahre der Patientin entwickelten sich von den Proc. alveolares supp. zwei Geschwülste, die jetzt in der Mittellinie einander erreichen und von der Umgebung scharf abgegrenzt sind; sie werden in Localanästhesie entfernt. — Zwei Geschwister tragen ähnliche Geschwülste; alle drei haben viel an Zahnschmerzen gelitten.

VII. L. Mahler: Ueber die endobronchiale Behandlung von Bronchitis und Asthma.

Verf. hat in 3 Bronchitis- und 27 Asthmafällen die endobronchiale Novocain-Adrenalineinspritzung versucht. 1 Fall von Bronchitis wurde geheilt, 1 gebessert, 1 blieb unverändert; unter den Asthmafällen 5 geheilt, 10 gebessert, 12 unverändert. In den reinen Asthmafällen, die sämtlich in den anfallsfreien Perioden untersucht wurden, waren die Verhältnisse bei der Bronchoskopie völlig normal.

Discussion: Mygind, Hald, Schmiegelow.

VIII. Vald Klein: Demonstration von einem Patienten mit Retropharyngealabscess.

Jörgen Möller.

---

d) Rumänische Oto-Rhino-Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung am 10. Januar 1912.

Vorsitzender: Orescu.

Costiniu stellt den bereits in der vorigen Sitzung (cf. Centralblatt, Bd. 18, S. 342) vorgestellten Patienten mit grossem syphilitischem Gumma vor, das

die Nase völlig verlegt. Zur Zeit ist die Nasenathmung auf beiden Seiten völlig frei; beide Nasenhälften sind ganz durchgängig. C. hat dem Patienten eine intravenöse Injection von 0,6 g Salvarsan gemacht, der er nach achttägigem Intervall eine zweite von 0,4 g folgen liess. Der Patient fühlte sich 8 Tage nach der ersten Injection geheilt. Die Perforation des knöchernen Septums ist ganz trocken.

Metzeanu theilt mit, dass der subglottische Polyp, den C. in der vorigen Sitzung vorstellte, sich nicht fassen liess und immer aus der Zange glitt. Mittels directer Laryngoskopie gelang die Entfernung leicht.

Seligmann berichtet über den im letzten Juni vorgestellten Patienten mit Carcinom der linken Stimmlippe, bei dem von Hirsch in Wien die halbseitige Kehlkopfexstirpation gemacht wurde und den er im November wieder vorgestellt hatte. Es ist seitdem ein Recidiv aufgetreten und Patient ist an einer colossalen Blutung zu Grunde gegangen.

Sitzung am 7. Februar 1912.

Metzeanu stellt zum Zweck der Diagnose einen 26jähr. Mann mit grosser Ulceration des Gaumens vor, die von dem Pat. erst seit 3 Wochen bemerkt wird. Die Läsion ist nicht schmerzhaft. Felix, Costiniu, Seligmann und Meyersohn glauben an Lupus und stützen diese Ansicht auf die Unregelmässigkeit des Geschwürs.

Costiniu hält Radiotherapie für angezeigt.

Costiniu: Hereditär-syphilitische Rhinitis. Das 14jähr. Mädchen klagt seit $1^1/_2$ Jahren über schlechten Geruch aus der Nase. Seit Weihnachten anhaltende Kopfschmerzen. Bei Untersuchung der jetzt sattelförmig eingesunkenen Nase findet man trockene Borken, Foetor und eine frische, noch blutende Perforation. Wahrscheinlich handelt es sich um von der Mutter ererbte Syphilis.

Seligmann stellt einen 47jähr. Mann vor, seit einem Monat heiser. Früher Weinhändler, leugnet jedoch, Trinker zu sein. Seit einem Jahr Husten. Auf der Zungenspitze ein Geschwür. In den Kieferwinkeln Drüsen. Im Speichel Tuberkelbacillen. Lungenbefund negativ; Allgemeinzustand gut.

Felix und Costiniu halten das Geschwür für ein primär syphilitisches.

Metzeanu und Meyersohn halten die Larynxaffection für eine einfache Laryngitis professionellen Ursprungs.

Sitzung am 6. März 1912.

Vorsitzender: Orescu.

Seligmann stellt einen 49jähr. Mann vor, ohne syphilitische Antecedentien; seit einem Jahr schmerzhafte Ulceration an der Zunge und andauernde Heiserkeit. Die Ulceration sitzt am linken Zungenrand und fühlt sich hart an. Die correspondirende Drüse ist geschwollen. Das rechte Taschenband infiltrirt, verdeckt das Stimmband. Keine Schmerzen beim Schlucken, dagegen verursacht die Ulceration am Zungenrand Schmerzen beim Kauen. Wassermann negativ. S. schliesst auch maligne Neubildung aus, weil dann die Krankheit in einem Jahr mehr Fortschritte gemacht hätte.

Constantinescu hält eine tuberculöse Affection der Zunge wie des Larynx für vorliegend.

Vexler-Verea: 32jähr. Frau mit vollständiger Verstopfung der Nase infolge enormer Hypertrophie des vorderen und hinteren Endes der unteren Muschel; seit einem Monat absolute Anosmie auf derselben Seite. Gleichfalls Hypertrophie des vorderen Endes der linken unteren Muschel. Nachdem die Hypertrophie im Ausland operativ entfernt war, stellte sich auch auf der anderen Seite Anosmie ein. Nach 6 Wochen konnte V.-V. von neuem starke Hypertrophie der rechten unteren Muschel und ausserdem Hypertrophie der linken mittleren Muschel feststellen. Redner weist auf die enorme Vergrösserung der unteren Muschel hin, die bis zur Hinterwand des Nasenrachens reicht, ferner auf die Tendenz zur Wiederkehr, ohne dass eine Malignität vorliegt, und auf die wider alle Erwartung nach der Operation persistirende Anosmie. Nach beiderseitiger Operation in einer Sitzung liess V.-V. die Tampons 4 Tage liegen. Es entsteht eine Discussion über die Länge der Zeit, die man die Tampons liegen lassen muss.

Costiniu und Metzeanu stellen einen jungen Mann vor, der an Suffocationsanfällen in Folge syphilitischer Larynxstenose litt. Korkzieherartige Form der Epiglottis, die den Larynxeingang völlig verdeckt. Wassermann +. Es musste die Tracheotomie gemacht werden. Nach erfolgloser Hg-Behandlung machte man eine Einspritzung von 606. Während vor der Injection bei jedem Versuch, die Canüle zu entfernen, Erstickungsanfälle eintraten, konnte 3 Tage nach der Injection die Canüle entfernt werden, und Pat. bleibt 5 Tage ohne grosse Behinderung beim Athmen zu spüren, ausser des Nachts. Bei der Tracheoskopie findet man die Aryknorpel stark geschwollen, und seitlich von ihnen zwei kleine flottirende Gebilde, die besonders bei der Inspiration fast völlig die Glottis verschliessen. Redner haben verschiedene Stückchen von diesen Gebilden entfernt, können aber über ihre histologische Natur nichts Bestimmtes aussagen.

Orescu hält eine partielle Abtragung der Epiglottis für indicirt.

Costiniu: Fall von Laryngotyphus. 18jähr. Mädchen, trägt seit April eine Canüle; sie hat im Juli Typhus gehabt. Hochgradige Verengerung des Larynx. Die Laryngostomie ist indicirt.

Costiniu und Metzeanu: 60jähr. Mann mit Nasensarkom. Seit einem Jahr behinderte Nasenathmung. Die ganze linke Nasenhöhle durch einen Tumor ausgefüllt, die andere Seite verlegt durch die Deviation des Septums. Der Tumor füllt auch die Choane aus. Die linke Kiefergegend leicht geschwollen, das linke Auge prominent. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt die Diagnose Sarkom. Operation: Partielle Resection des Oberkiefers, Exstirpation des Tumors, der die ganze Oberkieferhöhle, die Nasenhöhle ausfüllt, in die Orbita und die Siebbeinzellen hineingewachsen ist.

Costiniu: Carcinom der Nase, 55jähr. Mann. Während eines acuten Gelenkrheumatismus trat im December Behinderung der Nasenathmung rechts ein. Allmählich trat Schwellung der Drüsen, die eine so enorme Masse bilden, dass die Bewegungen des Kopfes beeinträchtigt werden; auch wird die Nasenverstopfung eine völlige. Bei der vor 14 Tagen vorgenommenen Untersuchung fand C. die

rechte Nase erfüllt von einem bei Berührung leicht blutenden Tumor, der nach hinten bis fast zum Rande des Gaumensegels hinabreicht. Die Drüsenmasse bedeckt die rechte Schulter und Halsseite. Da der Fall für inoperabel gehalten wird, Radiumtherapie. Bisher 5 Sitzungen mit dem Erfolg, dass die Drüsen sich um die Hälfte verkleinert haben.

Bérman-Bera macht folgende Mittheilung zur Ozaenafrage:

„Da wir in Bezug auf die Pathogenese der Ozaena nichts Feststehendes wissen, da mit Gradenigo wir die Zaufal'sche Theorie nicht als wohlbegründet ansehen können, indem wir viele Ozaenakranke mit enger Nase finden, so empfehle ich trotz Zarniko's Mahnung zur Vorsicht die totale Resection der unteren Muschel. Auf diese Weise verkleinern wir die secernirende Schleimhautfläche und beseitigten gleichzeitig eine Ursache für die Stagnation der Borken. Die Irrigationen werden dann wirksamer sein. Wenn die Paraffininjectionen den Zweck haben, die Nasenhöhle zu verengern, so werden wir auf diametral entgegengesetztem Wege zu demselben Ziel gelangen."

Oresou erinnert daran, dass im Jahre 1894—95 ein Autor dieselbe Idee hatte, ja noch weiter ging, indem er empfahl, die ganze Nasenschleimhaut fortzucurettiren.

Meyersohn.

V. Briefkasten.

Positiver Wassermann bei malignen Geschwülsten.

Herr Prof. G. Spiess (Frankfurt a. M., Hals- und Nasenklinik am städtischen Krankenhaus Sachsenhausen) ist vom Verein Deutscher Laryngologen mit einem Referat über das Vorkommen positiver Wassermann'scher Reaction bei malignen Geschwülsten betraut worden und wiederholt seine Bitte an die Herren Collegen, ihm gefälligst einschlägiges Material zur Verfügung stellen zu wollen.

Eine neue Fachvereinigung.

Es hat sich eine Gesellschaft niederdeutscher Hals-, Nasen- und Ohrenärzte gebildet, die ihre erste Tagung im April d. J. in Kiel unter dem Vorsitz von Prof. Friedrich abhalten wird. Anfragen sind zu richten an Herrn Dr. Thost in Hamburg.

Chiari's sechzigster Geburtstag.

Ottokar Chiari feiert am 1. Februar seinen sechzigsten Geburtstag. Wir wünschen dem verdienten und allbeliebten Manne, dass es ihm vergönnt sein möge, noch recht lange zum Wohle seiner Kranken und im Dienste unserer Wissenschaft segensreich zu wirken.

Personalnachrichten.

Docent Dr. W. Roth in Wien ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Dr. Nils Arnoldson ist zum Docent für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke am Karolinischen Institut in Stockholm ernannt worden.

Prof. Dr. G. Spiess (Frankfurt a. M.) hat den Titel Geheimer Sanitätsrath erhalten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIX. Berlin, März. 1913. No. 3.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals, Medicamente, Instrumente.

1) **A. Coolidge** und **B. C. Greene. Neuere Fortschritte in der Laryngologie. (Recent progress in laryngology.)** *Boston medical and surgical journal. 15. August 1912.*

Verff. besprechen: Heufieber, unblutige Erweiterung der Nasenhöhlen, Aetiologie der Tonsillitis, Tonsillenoperationen, Angina Vincenti, Tracheotomia transversa, Alkoholinjectionen in den N. laryngeus superior, Epiglottidectomie etc.

EMIL MAYER.

2) **G. W. Badgerow. Nase, Hals, Ohr, in Bezug auf allgemeine Medicin. (The nose, throat and ear in relation to general medicine.)** *Practitioner. Nov. 1912.*

Ein kurzer Uebersichtsartikel, der nichts Neues enthält. JOHN WRIGHT.

3) **W. Sohier Bryant. Berufliche Erkrankungen von Nase, Ohr und Hals. (Occupational diseases of the ear, nose and throat.)** *New York state journal of med. Juni 1912.*

Verf. zählt 60 verschiedene ätiologische Factoren auf, die für berufliche Erkrankungen der oberen Luftwege und des Ohres in Betracht kommen, und schlägt gesetzgeberische Maassnahmen zum Schutz gegen verdorbene Luft, giftige Gase, Staub, Rauch etc. vor. EMIL MAYER.

4) **Franz Weidenreich** (Strassburg). **Die Thymus des erwachsenen Menschen als Bildungsstätte ungranulirter und granulirter Leukocyten.** (Aus dem anatomischen Institut in Strassburg.) Nach einem auf der 84. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Münster i. W. (Abtheilung: Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie) gehaltenen Demonstrationsvortrag. *Münchener med. Wochenschr. No. 48. 1912.*

Zu kurzem Referat nicht geeignet. HECHT.

5) **Oswald** (Zürich). **Der gegenwärtige Stand der Thymuslehre und ihre Beziehungen zur Pathologie.** *Schweizer Rundschau f. Med. No. 1. 1912.*

Ursprünglich epithelialen Charakters, ist die anatomisch ausgebildete Thymus ein lymphatisches Organ. Physiologisch erweist sie sich durch ihre sehr wirksame innere Secretion als wichtig. Entfernt man die Drüse bei Thieren in den ersten Lebensmonaten, so bleiben dieselben im Wachsthum zurück, werden myxödemartig teigig gedunsen, breitspurig, und erliegen bald der Erschöpfung. Die Knochen sind kürzer, dicker und weicher in Folge relativer Entkalkung. Es scheinen auch Beziehungen zwischen Thymus und Milz zu bestehen. Ihr Verhältniss zu den Geschlechtsdrüsen scheint ein reciprokes zu sein. Ihre Hypertrophie, welche sowohl beim jungen Kinde als auch bei Erwachsenen nicht selten ist, bedingt Zustände, die einen Theil der „lymphatischen Constitution" ausmachen. Dieser wird bekanntlich das Eintreten plötzlichen Todes bei körperlichen Anstrengungen, bei Badenden, in hydrotherapeutischen Wickeln oder in Narkosen zugeschrieben. Beachtenswert ist es, dass bei allen sog. Thymustodesfällen die Autopsie Hypertrophie der Lymphdrüsen mit Vergrösserung der Markstränge ergiebt. Zweifellos ist auch der Zusammenhang von hypertrophischer Persistenz der Thymus bei Morbus Basedowii, besonders in den schweren Fällen desselben. Die Todesfälle bei Exstirpation von Basedowkröpfen sind der Thymus zuzuschreiben, und in dem Maasse, wie diese Operation häufiger wurde, nahm die Zahl dieser Todesfälle zu. Der Tod erfolgt hier nach glücklich überstandener Operation etwa 20 Stunden später. Nach Garrè werden schwere Basedowfälle durch Ausrottung der Thymus wesentlich gebessert, ja geheilt.

JONQUIÈRE.

6) **M. Ferrand. Die Radiotherapie bei Thymushypertrophie. (La radiothérapie de l'hypertrophie du thymus.)** *Monde médical. No. 467. November 1912.*

Für die Fälle, die nicht wegen imminenter Lebensgefahr die Thymectomie erforderlich machen, proponirte Ferrand die Röntgenbehandlung. Diesen Vorschlag basirt der Autor auf 11 Krankengeschichten, die fremden Autoren, zumeist französischen, entlehnt sind und auf Untersuchungen, die Regaud und Crémien theils experimentell, theils anatomo-pathologisch gemacht haben. Namentlich die Inauguraldissertation von Crémien bringt eine gute Zusammenstellung über diesen verhältnissmässig neuen Gegenstand. Es ist gut für die Praxis, zu wissen, dass die Röntgenbehandlung auf die Thymus, namentlich auf die hypertrophische Thymus, günstig, d. h. im regressiven Sinne wirken kann.

LAUTMANN.

7) **Herm. Schridde. Die Diagnose des Status thymolymphaticus.** (Nach einem Fortbildungsvortrag.) Aus dem pathol. Institut der städt. Krankenanstalten in Dortmund. *Münchener med. Wochenschr. No. 48. 1912.*

Da bestimmte ausschlaggebende klinische Kriterien für diesen Status bisher noch nicht bekannt sind, suchte Autor bei der Autopsie nach solchen Veränderungen, „die als constant bezeichnet und die auch am Lebenden durch den untersuchenden Arzt festgestellt werden können". Der pathologische Anatom findet eine ganze Reihe theils wechselnder Veränderungen bei Status thymo-lymphaticus. In erster Linie eine Thymushypertrophie mit einer Hyperplasie des lymphatischen Parenchyms vergesellschaftet, eine Hyperplasie der Malpighi'schen Körperchen

der Milz, eine auffällige Hyperplasie der Lymphknötchen des Magen-Darmcanales, eine starke Grössenzunahme der Rachen- und Gaumenmandeln, sofern nicht frühere Entzündungen die Tonsillen in mehr oder minder grosser Ausdehnung zerstört haben, eine Hyperplasie bestimmter Lymphknotengruppen, sowie eine mehr oder minder ausgesprochene Dilatation und Hypertrophie des linken Herzventrikels. Während diese Veränderungen theils klinisch nicht feststellbar, theils auch aus anderen Ursachen entstanden sein können, verdient noch eine Hyperplasie besondere Beachtung, die constant beim Status thymo-lymphaticus angetroffen wurde, und die auch der Untersuchung am Lebenden leicht zugänglich ist, die Hyperplasie der Zungenbälge am Zungengrunde. Diese Hyperplasie erscheint Autor deshalb besonders wichtig, „weil diese Organe als solche in ihrem Innern so gut wie niemals durch entzündliche Processe erkranken, sodass weder eine dadurch bedingte Verkleinerung, noch eine Schwellung — und hierauf kommt es an — auftreten kann". Die Hyperplasie der Zungenbälge kann daher als erstes Kriterium am Lebenden zur Diagnose des Status thymo-lymphaticus verwerthet werden, auch in solchen Fällen, in denen diese Constitutionsanomalie nur in mässigem Grade ausgebildet ist. Sie giebt also einen wertvollen Hinweis zur Fahndung auf die übrigen Erscheinungen dieser Constitutionsanomalie, die ja in ihren oft letalen Consequenzen bei geringen chirurgischen Eingriffen, auch bei Salvarsaninjectionen von enormer Bedeutung ist.

HECHT.

8) **Ribadeau-Dumas. Durch Röntgenstrahlen behandelte Thymushyportrophie.** *Bull. et mém. soc. méd. des hôp. 29. März 1912.*

Die Erscheinungen waren Keuchen und Erstickungsanfälle. Die Diagnose einer Thymushypertrophie fand durch das Ergebniss der Radioskopie und Radiographie ihre Bestätigung. Da die Mutter sich einem chirurgischem Eingriff widersetzte, wurde der Kleine der Radiotherapie unterworfen.

Schon nach der zweiten Bestrahlung blieben die Erstickungsanfälle aus und bald danach auch das Keuchen. Das Kind erlag nach mehreren Tagen einer intercurrenten Masernerkrankung, und man konnte sich bei der Autopsie davon überzeugen, dass die Thymus an Umfang beträchtlich abgenommen hatte.

Es ergiebt sich hieraus, dass man in analogen Fällen stets, bevor man zu einer Thymectomie schreitet, die Radiotherapie versuchen soll.

FINDER.

9) **J. L. Goodale. Die Indicationen für Anwendung von Salvarsan bei Syphilis von Nase und Hals. (The indications for the use of Salvarsan in syphilis of the nose and throat.)** *Annals of otol., rhinol. and laryng. Juni 1912.*

Cf. Verhandlungen der 34. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Atlantic City. Mai 1912.

EMIL MAYER.

10) **L. Lubliner. Ueber Anwendung des Arsenobenzols (606) in Fällen von Sklerom des oberen Respirationstractus, Lues, Tuberculose und einigen zweifelhaften Fällen. (O stosowaniu arsenobenzolu w przypadkach twardzieli gornych dreg addechowych, w przypadkukity i gruzlicy, oraz w kilku przypadkach o rospoznaniu wastpliwem.)** *Medycyna. No. 47. 1912.*

In zwei Fällen von Sklerom des oberen Respirationstractus, die mit Arseno-

benzol behandelt wurden, erzielte der Verf. keine positiven Resultate. Bei derselben Behandlung gelang ihm dagegen eine gänzliche Heilung bei Lues und Tuberculose der Rachenmandeln, in einem Falle von Infiltration des Rachens (hereditäre Lues), in einem Falle von Pharynxgumma mit fieberhaftem Verlaufe, und in einem Falle von eitriger Peritonsillarentzündung mit septischen Erscheinungen. Keine Besserung wurde erzielt bei einem Kranken mit ulcerösem Zerfallsprocess im Rachen (zweifelhafter Ursprung, Neoplasma oder Lues mit schwach-positiver Wassermann'scher Reaction).

SOKOLOWSKY.

11) **Albanus** (Hamburg). **Die Methodik der Radiumbestrahlung in der Nasen-, Mund-, Rachenhöhle, im Kehlkopf, in der Luftröhre und im Schlund.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. 1912.*

Die Forderungen einer rationellen Radium- (und Mesothorium-) Therapie für die genannten Höhlen bestehen in Folgendem:

1. Es muss ein geeignetes Instrument für die Aufnahme des Mittels vorhanden sein, das es in gleichmässiger Fixation enthält, genügenden Radiumschutz gewährleistet und überallhin eingeführt werden kann. Als solches benutzt Verf. eine medaillonförmige Kapsel von ca. 13 mm Länge und ca. 7 mm Breite.

2. Es muss der angestrebten Wirkung entsprechend mit geeigneten Filtern gearbeitet werden. Ueber die Kapsel sind nach Wichmann Silberplattenfilter von verschiedener Dicke zu stülpen, die zur Erreichung einer oberflächlicheren oder einer tieferen Wirkung die α-Strahlen womöglich ganz, von den β-Strahlen einen kleineren oder grösseren Theil auszuschalten gestatten. Die Hauptwirkung soll durch die γ-Strahlen erzielt werden.

Der Blut- und Lymphgehalt der zu behandelnden Schleimhaut muss berücksichtigt werden. Nach dem Satze „Anämisirung lässt eine grössere Tiefenwirkung, Anästhesirung allein (besonders mit Alypin) eine mehr oberflächliche Wirkung erwarten" kann die Oberflächen- oder die Tiefenwirkung des Mittels begünstigt werden.

3. Die Kapsel muss absolut sicher fixirt werden, sodass sie, wenn nöthig, stundenlang liegen bleiben kann. Verf. fixirt dazu die Kapseln im Larynx und Pharynx nach dem Vorbild der bekannten Michel'schen Klammern mit Bügelchen, die an die Schleimhaut angekniffen werden. Für die Application der Bügelchen und ihre Entfernung hat er besondere Instrumente construirt.

In der Nase wird die Kapsel durch einfache Tamponade fixirt, in der Mundhöhle durch eine eigens dazu von Fall zu Fall anzufertigende Prothese aus Stents-Masse.

ALBANUS (ZARNIKO).

12) **C. Bachem** (Bonn). **Ist der Gebrauch der Kalichloricum-Zahnpasten gefährlich?** Aus dem pharmakol. Institut der Univ. Bonn (Director: Prof. Dr. Leo). *Münchener med. Wochenschr. No. 40. 1912.*

Auf Grund der bisherigen Erfahrungen und der vom Autor unternommenen und in der Arbeit eingehend beschriebenen Versuche, die sich sowohl auf die entsprechende Verwendung beim Menschen beziehen, wie auch Thierversuche nach den mannigfachsten Richtungen umfassen, kommt Verf. zu dem Schluss,

dass „die Anwendung des Kali chloricum in Form einer Zahnpaste die Möglichkeit einer Gesundheitsschädigung ausschliesst und praktisch als ungefährlich zu bezeichnen ist“.

HECHT.

13) **H. Ziffer** (Budapest). **Die Anwendung des Metanephrins in der Oto-Rhino-Laryngologie.** *Gyogyaszat. No. 33. 1912.*

Einführung eines neuen Nebennieren-Präparates.

POLYAK.

14) **Z. Donogány** (Budapest). **Die Anwendung des Hyperols in der rhino-laryngologischen Praxis.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 3. 1912.*

Zur Entfernung des Ozaenasekretes, ferner bei Entzündungen des Rachens und der Mandeln, auch bei Nasenblutungen bei der Pfannenstill'schen Behandlung, und zur Spülung der Nebenhöhlen hat die 3—6proc. Hyperollösung gute Dienste geleistet.

POLYAK.

15) **Elisabeth Cammert** (Halle). **Erfahrungen mit Noviform.** *Med. Klinik. No. 47. 1912.*

Bei in der Mundhöhle auftretenden eitrigen Processen, die mit einem starken Fötor einhergehen, brachte Noviform als Desodorans gute Erfolge.

SEIFERT.

16) **Zink. Ueber Versuche mit Mesbé,** Aus der Basler Heilstätte für Brustkranke zu Davos (Chefarzt Dr. E. Nienhaus). *Münchener med. Wochenschr. No. 50. 1912.*

Unter Wiedergabe der Krankengeschichten von 6 einschlägigen, mit Mesbé behandelten Fällen kommt Verf. zu dem Urtheil, dass Mesbé wohl eine gewisse antiseptische Wirkung besitze, da Geschwürsflächen bald nach der Anwendung des Mittels sich gut reinigten, dass dagegen Mesbé keinen specifischen Einfluss auf die tuberculösen Larynxveränderungen habe. Unter Hinweis auf die Mittheilungen Heermann's und die Reklame Dieseldorff's räth Autor auf Grund der Erfahrungen mit früheren „Tuberculoseheilmitteln“ und mit Berücksichtigung der Psyche der zahlreichen tuberculösen Kranken in der Propagirung neuer Medicamente, namentlich auf dem Tuberculosegebiet, besonders vorsichtig zu sein.

HECHT.

17) **Botey** (Barcelona). **Rhinolaryngologische Therapie mittels des Brunnens von Valfagone. (Crenoterapia rino-laringologica con las aguas de Valfagona.)** *Archivos de Rinologia. No. 174. 1911.*

Verf. rühmt dem Brunnen nach, dass er isotonisch sei und sich mit Erfolg bei den arthritischen und skrophulösen Manifestationen der oberen Luft- und Speisewege anwenden lasse.

TAPIA.

18) **W. Albrecht** (Berlin). **Heissluftbehandlung in der Laryngologie.** *Fränkel's Arch. f. Laryng. Bd. 26. H. 3.*

Verf. wendet bei acuter Laryngitis, bei subacuter und chronischer Laryngitis, dort besonders bei der trockenen Form, und bei Kehlkopfödemen mit gutem Erfolge unter schnellerer Beeinflussung als bei den üblichen bisherigen Behandlungs-

methoden heisse Luft von 100—110° C local an. Die heisse Luft wird in einen Heissluftkasten durch ein Rohr geleitet; die Erwärmung geschieht durch Gasflammen. Die Application erfolgt meist alle 2 Tage $^3/_4$ Stunden lang.

W. SOBERNHEIM.

19) **E. v. Tóvölgyi** (Budapest). **Neue rhinolaryngologische Instrumente.** *Orvosi hetilap. No. 37. 1912.*

1. Modification des Killian'schen Nasenspeculums in dem Sinne, dass zu einem Handgriffe Branchen von verschiedener Länge und Grösse verwendet werden.

2. Stimmbandmesser, sichelförmig, vertical und horizontal schneidend.

3. Nasentrichterspeculum zur Eiteraspiration aus den Nebenhöhlen nach der Idee des pneumatischen Ohrentrichters construirt.

4. Antroskoptroikar.

5. Apparat zur äusseren Vibrationsmassage des Kehlkopfes.

6. Eine Tonsillenstanze, deren ovale Fenster 90° vertical zur Achse stehen.

POLYAK.

20) **Brieger** (Breslau). **Schwebelaryngoskopie.** *Med. Klinik. No. 50. 1912.*

Das Verfahren hat, wie 64 Fälle ohne jede ungünstige Consequenz erwiesen, einen hohen therapeutisch-operativen Werth.

In der Discussion wird dieses Urtheil von Kleefeld bestätigt. SEIFERT.

21) **Bayer. Apparat zur Inhalationsmassage der Atmungsorgane.** Ges. f. innere Med. in Wien, Sitzung v. 9. Mai 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 23. 1912.*

Durch einen unterbrochenen, beliebig regulirbaren Luftstrom werden die elastischen Elemente der Lunge gekräftigt. Das Verfahren eigne sich besonders bei chronischer Lungentuberculose.

HANSZEL.

22) **Mühlhäusler** (Freiburg i. B.). **Kochtiegelchen für Novocainsuprareninlösungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 11. S. 528. 1912.*

Silbernes Tiegelchen mit Mensur nebst Haltedrahtgestell. Zu haben für $1^1/_2$ Mark bei den Höchster Farbwerken.

ZARNIKO.

b) Nase und Nasenrachenraum.

23) **J. Safranek** (Budapest). **Ein seltener Fall von Anosmie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. 1911.*

Bei der 16jährigen Patientin stellte sich zugleich mit Leucoderma acquisitum (Vitiligo) eine totale Anosmie ein, für die weder eine mechanische noch eine nervöse Ursache nachzuweisen war. Der nähere Zusammenhang bleibt also unaufgeklärt. Verf. weist auf die analogen, aus der Literatur bekannten Fälle von Hutchinson und Althaus hin.

ZARNIKO.

24) **Miodowski. Die Lymphscheiden des Olfactorius als Infectionsweg bei rhinogenen Hirncomplicationen nach Killian'scher Septumresection.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 5. S. 943. 1912.*

Vorliegende Arbeit ist eine Erweiterung des auf dem III. Internationalen Rhino-Laryngologen-Congress gehaltenen Vortrages Berlin 1911.

Verf. bringt an Hand eines genauen mikroskopischen Befundes den Nachweis, dass eine nasale Infection auch ausschliesslich auf dem Wege der Lymphscheiden des Olfactorius auf das Schädelinnere übergehen kann.

Es handelte sich um einen 30 Jahre alten Mann, an dem von anderer Seite die submuköse Septumresection ausgeführt worden war. Patient starb bereits 4 Tage nach der Nasenoperation an postoperativer eitriger Meningitis. Die an die Schädelhöhle angrenzenden Theile der Nase und ihrer Nebenhöhlen wurden durch Verf. in Serienschnitte zerlegt: es liess sich nun, wie eine farbige mikroskopische Abbildung zeigt, die eitrige Infiltration in den obersten Theilen des Septums längs der Olfactoriusfasern nach der Dura hin verfolgen.

Im Anschluss an diese Beobachtung erwähnt Verf. noch zwei weitere Fälle unglücklichen Ausganges bei submuköser Septumresection. In dem einen Fall traten im Anschluss an die Septumresection ein Erysipel und dann pyämische Symptome auf. Patient starb ebenfalls an eitriger Meningitis. Die perineuralen Lymphbahnen des Olfactorius waren in diesem Falle bei der nachfolgenden mikroskopischen Untersuchung unbedeutend betheiligt. Die Hirnhautentzündung war hier jedenfalls auf dem Blutwege zustande gekommen.

Bei dem dritten Fall von submuköser Septumresection, den Verf. erwähnt, trat im Anschluss an die Septumresection eine Pyämie mit Localisation an Pleura und Gelenken auf; Ausgang in Heilung.

Exitus im Anschluss an die Septumresection nach Killian ist auch durch Harold Hays beobachtet worden. Es handelte sich um ein junges Mädchen, das eine Woche nach der Operation — wahrscheinlich an Cavernosusthrombose und Meningitis — starb.

Bei der Septumoperation sollen kleinste Knorpel- und Knochensplitter möglichst entfernt und die Schleimhaut nicht unnöthig weit über den deviirten Bezirk abgelöst werden.

OPPIKOFER.

25) **Casey A. Wood. Nasale Hydrorrhoe; ihre Beziehungen zu Erkrankungen des Gehirns und des Sehorgans. (Nasal hydrorrhea; its relations to lesions of the brain and visual apparatus.)** *Journ. amer. med. assoc. 21. Sept. 1912.*

1. Die Hydrorrhoea nasalis ist kein umschriebenes Krankheitsbild, sondern lediglich ein Symptom eines oder mehrerer pathologischer Zustände.

2. In der Mehrzahl der Fälle begleitet mehr oder minder ausgesprochene Opticusatrophie die Hydrorrhoe oder folgt ihr.

3. Die Erkrankung des Sehorgans ist gleich dem nasalen Symptom im Allgemeinen ein Theil einer intracraniellen Affection.

4. Die massenhafte Absonderung aus der Nase besteht aus Cerebrospinalflüssigkeit und es ist möglich, dass, wenn gleichzeitig Epiphora besteht, auch die Thränenabsonderung — zum Theil wenigstens — denselben Charakter hat.

5. Wenn eine organische Erkrankung der Nase dabei besteht, so ist dies ein rein zufälliges Zusammentreffen. Vielleicht jedoch hängen manche der Nasenerkrankungen mit den Knochendefecten oder kleinen Fisteln zusammen, durch welche die intracranielle Flüssigkeit ihren Weg in die Nasenhöhle findet.

6. Die zu Grunde liegende Krankheit ist häufig eine Form von Hydrocephalus. Die intracranielle Spannung wird verringert durch den Abfluss von Flüssigkeit durch eine oder mehrere basale Oeffnungen nach der Nase.

7. Der Verlauf der Opticusatrophie hängt von dem Charakter der Hirnerkrankung ab und vor Allem von dem Umfang, in dem die Sehcentren bei der Hirnerkrankung betheiligt sind.

8. In jedem Fall von Hydrorrhoe soll vor Allem die Hirnerkrankung berücksichtigt werden. (Lumbalpunction, Operation.) EMIL MAYER.

26) **H. Whale. Ein Fall von Rhinorrhoea spastica geheilt durch Ausspülungen der Kieferhöhle. (A case of spasmodic rhinorrhoea cured by irrigation of the maxillary antra.)** *Lancet. 12. October 1912.*

25jähriger Mann, der seit vier Jahren an Heufieber leidet. Während eines typischen Anfalles wurde durch Ausspülung beider Antra etwas dünnes mucopurulentes Secret herausbefördert. Aus demselben wuchs Bacillus coli in Reincultur. Eine Heilung erfolgte in drei Tagen mittelst einer zweiten Ausspülung und Anwendung von Calciumlactat. JOHN WRIGHT.

27) **Bouché** (Brüssel). **Ein Fall spastischer Rhinorrhoe. (Un cas de rhinorrhée spasmodique.)** *Société belge de neurologie. 30. März 1912.*

Verf. erklärt den Symptomencomplex durch vermehrte Gefässspannung.

PARMENTIER.

28) **Louis Kolipinski. Heufieber; Symptome, Behandlung und Aetiologie. (Hay asthma; symptoms, treatment and etiology.)** *Monthly cyclopedia and medical bulletin. Februar 1912.*

Verf. hat bei Heufieber eine Lösung von Calciumkreosot in 8—10 Gewichtstheilen Wasser, die alle Stunde bis zwei Stunden zwei bis drei Tage lang in Hals und Nase verspraynt wird, angewandt. Wenn diese Lösung Irritation verursacht, so muss sie weiter verdünnt werden. EMIL MAYER.

29) **Ellern. Ueber die immunisirende Behandlung des Heufiebers nach Wright.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 34. 1912.*

Die therapeutische Wirkung des Wright'schen Pollenvaccins bei der Behandlung des Heufiebers bezeichnet Ellern einstweilen noch als unsicher. Zur Diagnose kann mit dem Pollenextract eine Ophthalmoreaction angestellt werden.

SEIFERT.

30) **Th. Albrecht** (Halle). **Immunisirung gegen Heufieber.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. 1912.*

In 12 Fällen, von denen 6 in kurzen Krankengeschichten geschildert werden, konnten durch Pollantinapplication nicht allein die Attacken coupirt werden,

sondern es stellte sich im Laufe einiger Jahre eine Immunität gegen das Heufieber ein, die auch experimentell durch Application des Pollentoxins bestätigt werden konnte.

ZARNIKO.

31) **A. Lorand** (Karlsbad). **Beitrag zur Frage über die Entstehungsweise der Kopfschmerzen und ihre rationelle Behandlung.** *Münchener med. Wochenschr. No. 41. 1912.*

Ausgehend von der Beobachtung, dass durch congestive Hyperämie des Gehirns bedingte Kopfschmerzen bei ausgiebigem Nasenbluten verschwinden, versuchte Autor, ob sich nicht ein gleicher Erfolg erzielen lasse, wenn man durch verschiedene, die Nasenschleimhaut „reizende Mittel" einen tüchtigen Fluss aus der Nase erzeuge. Versuche an sich selbst und bei einer Reihe Patienten zeitigten sehr gute Resultate, die Autor durch die in Folge der hochgradigen Nasensecretion — bei den mannigfachen Beziehungen zwischen Lymph- und Blutbahnen im Gehirn und Nase — bedingte „Ableitung" zu erklären versucht. In gleicher Weise wie diese directe Reizung der Nasenschleimhaut durch chemische Mittel, wirke die innere Behandlung mit Jodkali, wie auch die Braun'sche Massagebehandlung der Nase. Als geeignete Schnupfpulver empfiehlt L.:

Rp. Menthol 0,5
Acid. boric. 1,0
Irid. Florent.
Sacch. lact. āā 2,0
S. Schnupfpulver.

Stärker wirkend: Rp. Pulvis Majoranae
Irid. Florent. āā 1,0
Sacch. lact. 2,0
Rad. Veratri albi 0,14
M. f. pulvis non subtilissimus.

Handelt es sich „um recht heftige Kopfschmerzen" und will man „einen stärkeren" Nasenfluss erzielen, so kann man dem Pulver eine kleine Menge Veratrin beigeben, so auf 5 g Pulver 0,04 Veratrin. Letzteres ist nur in Ausnahmefällen und mit der nöthigen Vorsicht anzuwenden. Auch soll bei all diesen Mitteln nur wenig Pulver in die Nase eingeführt werden. Manche Gehirnaffectionen, so insbesondere bei sklerotischen Veränderungen der Gehirngefässe, bilden eine Contraindication.

HECHT.

32) **Koblanck** und **Roeder** (Berlin). **Thierversuche über Beeinflussung des Sexualsystems durch nasale Eingriffe.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 40. 1912.*

Wegnahme einer unteren Nasenmuschel hatte bei mehreren Kaninchen und Hunden Atrophie der Geschlechtsdrüsen zur Folge. Die Thiere verhielten sich sexuell indifferent. Die Verff. betonen, dass die Anzahl ihrer Experimente zu klein ist, um zu bindenden Schlüssen zu berechtigen. Auch seien die Zusammenhänge völlig unklar. Möglicherweise käme eine nervöse Verbindung mit der Hypophyse in Betracht, deren Wegnahme eine Hypoplasie der Genitalien bewirkt.

ZARNIKO.

33) **A. Slatowerow. Ueber den Zusammenhang zwischen Nasenaffection und den Geschlechtsorganen.** *Russ. Monatsschr. f. Ohrenheilk. Dec. 1911.*

Verf. berichtet mehrere Fälle von vicariirenden Nasenblutungen, die mehr oder weniger stark auftraten bei ausbleibender oder verspäteter Menstruation, verschiedenen Frauenkrankheiten und Masturbation. SCHNEIDER (MOSKAU).

34) **Max Senator** (Berlin). **Aetiologische Beziehungen zwischen Nase und Gelenkrheumatismus.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 9. 1912.*

Die lädirte Nasenschleimhaut kann gelegentlich die Eingangspforte für das Virus des Gelenkrheumatismus bilden; freilich scheint es dazu besonderer Gelegenheitsursachen zu bedürfen, welche die natürliche Schutzkraft der Nase herabsetzen, wie Operationen, Erkältungen etc. (Weshalb führt Verf. nicht auch die Tamponade der Nasenhöhle auf, die in seinem Falle gewiss die Hauptrolle gespielt hat. Wer die Tamponade principiell aufs äusserste beschränkt, wird wenige oder gar keine infectiösen Complicationen erleben! Ref.). Die Schutzkraft ist nicht aufgehoben, sondern nur geschwächt, sodass es eben nicht zur Infection mit vollvirulentem Pyämievirus kommt, sondern nur mit der abgeschwächt pyämischen Form, dem sog. Gelenkrheumatismus. ZARNIKO.

35) **B. Stein** (Asch, Oesterreich). **Rheumatismus und Nasenleiden.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 18. 1912.*

5 jähr. Kind, Polyarthritis der Extremitäten. Nase voller weisser Belege, die massenhaft Streptokokken, keine Diphtheriebacillen enthalten. Aspirin $10 \times 0{,}2$, local Mentholöl beseitigten in wenigen Tagen die Krankheit. ZARNIKO.

36) **Rud. Hoffmann** (München). **Nase und Basedow-Exophthalmus.** *Klinische Monatsblätter f. Augenheilk. Mai 1912.*

Verf. weist auf die Thatsache hin, dass nach galvanokaustischer Aetzung der Nasenschleimhaut Basedow-Exophthalmus auf der gleichen Gesichtshälfte innerhalb 24 Stunden zurückgeht und wendet sich gegen die Behauptung Brückner's-Königsberg, es brauche der Rückgang des Exophthalmus nicht durch reflectorische Einflüsse eingetreten zu sein, sondern durch etwaige Heilung einer nicht erkannten Nebenhöhlenaffection in den beschriebenen Fällen. SOBERNHEIM.

37) **Panse** (Dresden). **Die Heilung retrobulbärer Erblindungen durch Nasenoperationen.** *Med. Klinik. No. 1. 1913.*

In 6 Fällen von retrobulbärer Neuritis endonasale Operation nach Baumgarten mit verblüffendem Erfolge, obgleich in den eröffneten Nebenhöhlen oft kein objectiver pathologischer Befund zu erheben war. SEIFERT.

38) **Albanus** (Hamburg). **Neuritis optica nach Nebenhöhlenerkrankung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 9. S. 436. 1912.*

Erblindung durch Ausräumung der gleichseitigen Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle bis auf geringes centrales Skotom geheilt. ZARNIKO.

39) **E. Testre. Linksseitige Orbitalphlegmone im Anschluss an eine Injection von Paraffin in die rechte Nasenhöhle. (Phlegmon de l'orbite gauche consécutif à une injection de paraffine dans la fosse nasale droite)** *Revue hebdom. de laryngol. No. 22. 1912.*

Es handelte sich um eine 21 jährige Patientin mit Ozaena, die 4 Wochen vorher links eine Paraffininjection gut vertragen hatte. 8 Tage nach der Injection rechts entwickelte sich die Orbitalphlegmone, die zwar incidirt wurde, doch spontan durch Resorption ohne Eiter ausheilte. Ueber den Entstehungsmodus kann Verf. nichts angeben. Injicirt wurde Hartparaffin mit der Spritze von Gault, modificirt vom Autor.

LAUTMANN.

40) **L. Meyer** (Dresden). **Ueber die ophthalmologische Diagnostik der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen, insbesondere der hinteren.** *Med. Klinik. No. 1. 1913.*

Ueberblick über die Beziehungen zwischen Nebenhöhlen der Nase und Porus opticus. Als werthvolles Symptom von Opticuserkrankungen bei Nebenhöhlenaffectionen fand Verf. wie van Hoeven und de Klein früher als das centrale Skotom Vergrösserung des blinden Fleckes.

SEIFERT.

41) **Peters** (Rostock). **Die Schädigungen des Opticus durch Nebenhöhlenempyeme.** *Klin. therap. Wochenschr. No. 27. 1912.*

Nach einem im Rostocker Aerzteverein am 9. März 1912 gehaltenen Vortrage.

HANSZEL.

42) **J. W. Walther. Secundäre Intraorbitalerkrankungen bei Nebenhöhlenaffectionen. (Intra-orbital lesions secondary to the diseases of the accessory sinuses of the nose.)** *The old dominium journal of med. and surgery. Jan. 1912.*

Verf. bespricht die anatomischen Ursachen für die intraorbitalen Complicationen bei Nebenhöhlenerkrankungen und fasst sie zusammen als 1. Verlegung der Drainage, wie Verbiegungen des Septums, Muschelhyperplasien, Polypen oder andere intranasale Geschwülste. 2. Defecte in der Orbitalwand (knöcherne Dehiscenz, Weichheit der Wand in Folge Druck oder Knochennekrose).

EMIL MAYER.

43) **J. Dionisio. Hundert Ozaenafälle geheilt durch Lichtbestrahlungen. (Cento casi di ozena curati colle radiazioni luminose.)** *Arch. ital. di otologia. Oct. 1912.*

Die besten Resultate erzielte D. mittelst der Strahlungen, die in Geisslerschen Röhren während des Durchgangs inducirter Ströme entstehen. Die Dauer der Behandlung war in den ersten Fällen sehr lang. Die mittlere Behandlungsdauer umfasste 123 Stunden; für 100 Kranke, die im Laufe von 11 Jahren behandelt wurden, waren 12300 Sitzungen nöthig.

Folgendes sind die Resultate: 33 Kranke wurden von Foetor und Borkenbildung ganz befreit, ohne dass sie Nasenspülungen mehr nöthig haben; 38 wurden so gebessert, dass sie nur 1—2 mal wöchentlich zu spülen nöthig haben, 29 hatten geringe oder kurzdauernde oder gar keine Besserung. Es handelt sich um keine anatomische Heilung, denn die Atrophie bleibt bestehen. Bisweilen war auch

mehr oder weniger erhebliche Besserung des Geruchsvermögens zu constatiren. Seit einiger Zeit macht D. die Behandlung so, dass er sie durch 2—3 Monate dauernde Intervalle unterbricht.

CALAMIDA.

44) **Oller Rabasa** und **J. Santina** (Barcelona). **Besteht eine Beziehung zwischen Ozaena und Tuberkulose? (Existe alguna relacion entre la ozena y la tuberculosis?)** *Revista Barcelonesa de enfermedades de oido, garganta y nariz. 31. März 1911.*

Die Ozaena begünstigt die Entstehung der Tuberculose, da sie die oberen Luftwege eines Schutzmechanismus beraubt und weil die Ozaenakranken geschwächte Individuen sind.

TAPIA.

45) **R. Leroux. Ozaena und Tuberkulose.** *Presse médicale. No. 92. 1912.*

In einer Gesammtübersicht über die Frage stellt Verf. folgende Beziehungen zwischen Tuberculose und Ozaena fest: 1. Die Ozaena ist die Ursache der Tuberculose. 2. Die Ozaena ist eine Form der Tuberculose. 3. Ozaena und Tuberculose sind zwei selbstständige Krankheiten, die sich bei demselben Individuum entwickeln. Alle diese drei Möglichkeiten sind von den verschiedenen Autoren behauptet worden. Es scheint, dass Verf. der Meinung ist, dass die dritte der von ihm genannten Hypothesen die wahrscheinlichste ist, wenigstens hält er sie für die am meisten verbreitete Hypothese. Die Atrophie, meint L., ist das Primäre und prädisponirt ebenso zur Ozaena wie zur Tuberculose.

LAUTMANN.

46) **H. E. Castle** und **H. A. L. Ryfkogel. Experimentelle Chirurgie der Hypophysis cerebri. (Experimental surgery of hypophysis cerebri.)** *California state journal of medicine. August 1912.*

Aus den Versuchen der Verff. ergiebt sich, dass die Hypophysis ein lebenswichtiges Organ ist. Mit den anderen Autoren stimmen sie darin überein, dass die Secretion der Drüse das Nervensystem beeinflusst. Hypophysektomirte Thiere zeigen eine Anzahl von Nervenstörungen. Nach Exstirpation des Vorderlappens ergaben sich öfter Veränderungen an den Ovarien, Testes und der Schilddrüse. Oft auch finden sich allgemeine Adipositas und Veränderungen im Urin. Diese „Cachexia hypophyseopriva" wird nicht hervorgerufen durch Exstirpation des Hinterlappens.

EMIL MAYER.

47) **H. Coppez** und **A. van Lint** (Brüssel). **Zwei Fälle von Geschwülsten der Hypophysisgegend. (Deux cas de tumeur de la région de l'hypophyse.)** *Journ. médical de Bruxelles. No. 12. 1912.*

Verff. vermehren ihre bereits 5 Fälle umfassende Statistik um zwei weitere; sie betonen, wie wichtig es sei, in jedem Fall bestimmen zu können, ob es sich um eine Hypertrophie der Drüse oder Geschwulst handelt; in ersterem Fall erweist sich die Opotherapie als direct schädlich.

PARMENTIER.

48) **F. Parache** (Madrid). **Ein neuer experimenteller Weg zur Hypophysectomie. (Una nueva via para la hipofisectomia experimental.)** *Revista clinica de Madrid. 1. Mai 1912.*

In Ansehung der engen Beziehungen der Hypophysis zum Chiasma opticum

und dieses zum Foramen opticum glaubt P., dass der Weg durch die Orbita den besten Zugang gebe. Um den Stiel der Hypophysis beim Kaninchen zu reseciren, bedient sich Verf. eines stumpfen Stilets, welches er durch eine Incision am oberen Augenlid einführt. Um die Drüse zu exstirpiren (beim Schaf), wird der Bulbus enucleirt, die Orbita ausgeräumt, um die Fissura orbitalis sup. auffinden zu können, die Sella turcica mit dem scharfen Löffel zerstört, ohne die Dura zu verletzen, Blutung aus dem Sinus cavernosus durch Tamponade gestillt, die Orbita mit Gaze ausgestopft und die Augenlider temporär vernäht.

Diese Technik liesse sich auch auf den Menschen anwenden, wenn der Verlust des einen Auges als das geringere Uebel erscheint. TAPIA.

49) **v. Eiselsberg** (Wien). **Zur Operation der Hypophysengeschwulst.** *Archiv f. klin. Chir. Bd. 100. 1913.*

16 Fälle von Hypophysistumoren wurden nach der Technik von Schloffer mit seitlicher Aufklappung der Nase nach rechts und Ausräumung der Nasenhöhle operirt. 4 Patienten starben an Meningitis, 12 genasen, bei diesen wurden die Kopfschmerzen beseitigt, die Sehstörungen gebessert, die Akromegalie ging häufig zurück, jedoch nicht immer dauernd. SEIFERT.

50) **L. Uthy** (Budapest). **Gumma der Hypophysis mit Symptomen von Akromegalie.** *Budapesti orvosi ujsag. 1912. Beilage Gégészet. No. 2.*

Die in der Literatur gefundenen Fälle von Syphilis der Hypophyse erwähnen nur Störungen von Seiten des Gesichtsorgans, trophische Störungen werden nirgends erwähnt. Verf.'s Fall betrifft einen 52 Jahre alten Mann, welcher vor 28 Jahren an Lues litt. Die akromegalischen Symptome traten vor 2 Jahren auf. Ursache zur Untersuchung war ein starkes Ohrensausen, welches schon seit sechs Monaten anhielt. Augenbefund negativ. Im Nasenrachenraum am Rachendach eine hart elastische Vorwölbung. Am Röntgenbilde war das Bild der Sella und des Keilbeinkörpers unsichtbar. Dorsum sellae und der Proc. clin. post. fehlen, an ihrer Stelle ein hell schattirtes gleichartiges Gewebe von ovaler Form, welches gegen den Nasenrachenraum bis zu den oben angegebenen Grenzen reicht. Wassermann + + +. Tuberkulinimpfungen negativ. Eine energische Quecksilberjodcur führte in 4 Monaten zur wesentlichen Rückbildung der akromegalischen Symptome, die Geschwulst im Nasenrachenraum hat sich um $^1/_3$ verkleinert. POLYAK.

51) **E. Pólya** (Budapest). **Operirter Fall einer Hypophysiscyste.** *Verh. des Königl. Aerztevereins in Budapest. No. 19. 1912.*

Aufklappen der Nase nach Bruns, Resection des Septums, beider mittleren und unteren Muscheln, hierauf Eröffnung der Keilbeinhöhle und des Hypophysenwulstes. Die Hypophyse pulsirte, auf Probepunction wurden 3 ccm chokoladebrauner Flüssigkeit entleert. Eröffnung mit dem Messer; mit Löffel und Tupfer wird grauer Detritus entfernt. Cystenhöhle und Nase wurden mit Jodoformgaze tamponirt, die Nase reponirt und genäht. Heilung per primam. Sehschärfe rechts nach der Operation gebessert und jetzt, nach 4 Monaten, wieder verschlechtert. Mikroskopische Diagnose: Cyste.

Discussion. J. Fejér: Die Besserung des Gesichtsvermögens hielt 2 Monate an, dann trat allmählich Verschlimmerung ein. Redner nimmt an, dass die Cyste sich narbig verschlossen hat, sich wieder anfüllte und auf den rechten Opticus drückt. Eine endonasale Punction dürfte wieder zur Besserung führen.

B. Alexander giebt an, dass der Röntgenbefund vor und nach der Operation denselben Befund liefert.

L. Polyák giebt zu, dass der kosmetische Effect für eine externe Operation sehr zufriedenstellend ist. Diese Arten von Operation sind aber nicht berechtigt, sie sind viel umständlicher, verursachen Verstümmelungen des Naseninneren, sind mit mehr Gefahren und viel höherer Mortalität verbunden, als die intranasale septale Methode, welche Redner von Hirsch in 35 Minuten ausgeführt sah. Die Methode von Hirsch bietet den einfachsten und dabei unschädlichsten Weg zur Erreichung der Hypophyse, ihr gehört die Zukunft. Dass die Erfolge bei Tumoren nicht so günstig sind, wie bei Cysten, liegt nicht allein in der Begrenzung unseres Könnens.

POLYAK.

52) **J. Fejér** (Budapest). **Beiträge zur Diagnose der Hypophysistumoren.** *Budapesti orvosi ujsag. No. 28. 1912.*

Der Fall wurde später von Pólya operirt und ist als solcher bereits publicirt und referirt worden (s. vorhergehendes Referat).

POLYAK.

53) **E. Pogány** (Budapest). **Der Nasenrachenraum und die Ohrenkrankheiten.** *Gyogyaszat. No. 13. 1912.*

Verf. meint, dass der Otologe die Erkrankungen des Nasenrachenraumes von einem ganz anderen Standpunkte betrachtet, als der Rhinologe. Adenoide Vegetationen und Hypertrophien der hinteren unteren Muschelenden können die Tubenmündungen verlegen, ferner können Secrete der entzündeten Rachenmandel und des Nasenrachenraumes das Mittelohr inficiren. Mit Secretion verbundene Erkrankungen der Nase und des Nasenrachens müssen erst ausgeheilt werden, auch solche mit schleimiger Secretion, bevor die Ohrenkrankheit behandelt wird.

POLYAK.

54) **R. Ricoux. Ueber die vom Oberkiefer ausgehenden Fibrome. (Contribution à l'étude des polypes fibreux du massif maxillaire supérieur.)** *Dissert. Alger 1911.*

R. vertritt die Anschauung, dass die Nasenrachenfibrome oft nicht von den Knochen der Schädelbasis, sondern vom Periost des Os maxillare ausgehen.

OPPIKOFER.

55) **Joseph** und **Louis Dunsing. Technik der Ausrottung der Nasenrachenfibrome. (Technique de l'éradication des fibromes naso-pharyngiens.)** *Presse médicale. No. 88. 1912.*

Diese Tumoren entspringen in den meisten Fällen von der nasalen Wand des Keilbeins. Im Beginn sind die einfachen endonasalen und oropharyngealen Methoden ausreichend. Die Technik wird genau beschrieben und die entsprechenden Zangen von Escat zur Operation empfohlen. Sind die Tumoren stark gewuchert und mit Ausläufern versehen, so muss man zum transmaxillaren Weg Zuflucht nehmen. Der bekannteste transmaxillare Weg ist die Operation von Moure. Einen

anderen „neuen“ Weg beschreiben die Autoren als „Fensterresection des Oberkiefers“, der bei der Lectüre sich im Allgemeinen als die sogenannte Denker'sche Operation herausstellt. Doch ist die von den Autoren befolgte Technik im Allgemeinen verschieden von der Denker'schen und ist auch diese Methode nicht erwähnt. Endlich bezeichnen die Autoren als Ausnahmeweg eine von Goris und Escat je einmal ausgeführte Operation auf subjugalem Wege, namentlich bestimmt, einen Zugang zu der Flügelgaumengrube zu gestatten. LAUTMANN.

56) **Peugniez** und **Labouré**. **Behandlung der nasopharyngealen Fibrome mittels der paralatero-nasalen Methode. (Fibromes naso-pharyngiens. Traitement par la rhinotomie paralatero-nasale.)** *Arch. internat. de laryng. T. XXXIV. No. 2. 1912.*

Mittheilung von drei Fällen, die mittelst der Operation von Moure und unter localer Anästhesie von ihrem Tumor befreit worden sind. Histologische Untersuchung des einen Falles. LAUTMANN.

57) **T. v. Verebély** (Budapest). **Fall von Nasenrachenfibrom.** *Verh. der ungar. Ges. f. Chir. S. 77. 1912.*

Protrusion beider Bulbi. Nasenrachenraum und rechte Nase mit der Geschwulst ausgefüllt, wiederholt schwere Blutungen, hochgradige Anämie. Insufficienz der Mitralklappen. Kocher'sche Operation bei peroraler Intubation. Heilung mit Bildung einer kleinen naso-oralen Fistel.

Discussion. A. Fischer hat 5 Fälle nach Bruns operirt. Wichtig ist, den Kehlkopfeingang gegen Blutaspiration zu sichern. Redner hat früher zu diesem Zwecke die Tracheotomie und Rachentamponade angewendet, die perorale Intubation leistet dasselbe.

L. v. Bakay hat in einem Falle Abstossung der Geschwulst in Folge von spontaner Nekrose beobachtet.

W. Manninger: Kleinere Tumoren sollen per vias naturales entfernt werden, für grössere, stärker blutende Tumoren ist in erster Reihe die Kocher'sche Methode zu empfehlen. Die Partsch'sche Operation ist nicht zu empfehlen.

A. Winternitz ist für die Gussenbauer'sche (orale) Operation.

POLYAK.

58) **P. C. Proctor. Zwei Fälle von Neubildungen mit Betheiligung der Tuba Eustachii. (Two cases of new growths involving the Eustachian Tube.)** *Boston medical and surgical journal. 18. Januar 1912.*

Im ersten Fall dauerte es sehr lange, bis es gelang, die Ursache für die klinischen Erscheinungen zu entdecken, während es im zweiten Fall schon bei der ersten Untersuchung gelang, mittelst des Holmes'schen Pharyngoskops die Diagnose zu stellen. EMIL MAYER.

59) **Sidney Yankauer. Die Tubencurette. (The salpingien curette.)** *The Laryngoscope. Mai 1912.*

Der Artikel lehnt sich an einen solchen von Bacher über „Angewendete Anatomie der Tuba Eustachii“ an, mit deren Schlussfolgerungen Verf. sich nicht einverstanden erklärt. EMIL MAYER.

c) Mundrachenhöhle.

60) **A. A. Thibaudeau. Spirochäten in der Mundhöhle. (Spirochetes in the mouth.)** *Journal american medical association. 10. August 1912.*

Verf. hat die Ausstrichpräparate von 149 Mundhöhlen untersucht: In 69 (40,9 pCt.) fand er Spirochäten vom Typus der Spirochaeta pallida. In keinem von diesen Fällen ergab die Anamnese syphilitische Antecedentien oder waren Symptome von Syphilis vorhanden. Verf. weist darauf hin, wie leicht man bei nichtsyphilitischen Geschwüren der Mundhöhle zu Fehldiagnosen gelangen kann, wenn man dem Befund der Spirochäten Bedeutung beilegt. EMIL MAYER.

61) **Matthias Nicoll. Bemerkungen über Noma nebst Mittheilung eines mit Salvarsan behandelten Falles. (Notes on noma, with a report of a case treated with salvarsan.)** *Arch. of pediatr. November 1911.*

Verf. hat einen 5jährigen Knaben, der im Verlauf schwerer Scarlatina an Noma erkrankte, erfolgreich mit intravenöser Injection von 0,3 g Salvarsan behandelt. Er empfiehlt, bei der Erfolglosigkeit anderer Behandlungsmethoden, weitere Versuche mit dem Mittel zu machen. JOHN WRIGHT.

62) **Häuer** (Hohenstein). **Ein Fall von Morbus maculosus Werlhofii bei einer Zweiundsiebzigjährigen.** *Med. Klinik. No. 6. 1913.*

Bei der 72jährigen Frau war die Schleimhaut des Mundes und des weichen Gaumens mit zahlreichen erbsen- bis kirschgrossen heidelbeerblauen Flecken besetzt, Zahnfleisch und Zunge geschwellt, blau verfärbt. Blutung aus der Nase. Kohlensäurebäder und Dürckheimer-Maxquelle leisteten gute Dienste. Heilung.

SEIFERT.

63) **Francis Lasagna. Vincent'scher Bac. fusiformis; experimentelle Untersuchungen. (Vincent's fusiform bacillus; experimental researches.)** *The Laryngoscope. August 1912.*

Experimentelle Untersuchungen ergaben folgende, die Biologie des Bacillus betreffende Thatsachen: Er lebt in Symbiose mit anderen Mikroorganismen und ruft mit diesen zusammen die Initialläsion hervor; nach einigen Tagen herrscht er vor und unterhält bisweilen die Läsion. Wenn er in grossen Mengen vorhanden ist, so ist es möglich, ihn zu cultiviren und zu isoliren. Da bei Thieren durch den Bacillus Nekrose hervorgerufen werden kann, so ist Verf. der Ansicht, dass der B. fusiformis bei der Entwickelung der Krankheit die Hauptrolle spielt. Da aber durch Inoculation von nekrotischem Material auf Meerschweinchen sich eine stärkere und schnellere Entwickelung der Veränderungen erzielen lässt, als wenn der B. fusiformis allein injicirt wird und da in ersten Stadien der Geschwürsbildung die Vincent'schen Bacillen spärlich und andere Mikroorganismen zahlreich sind, so folgert Verf., dass auf letztere die Initialläsionen und die Zunahme der pathogenen Kraft des Bacillus während des Verlaufes der Geschwürsbildung zurückzuführen sind.

Der B. Vincenti kann als specifisch für nekrotische Angina angesehen werden, da er allein — wie die Thierexperimente beweisen — Nekrose macht und

da Geschwüre im Rachen durch sein Auftreten nekrotische Characteristica annehmen.

EMIL MAYER.

64) **J. Ginsburg** und **W. Cholostow. Ein Fall von Angina Vincenti complicirt mit Thrombophlebitis der Vena saphena magna sin. und gangränösen Geschwüren am linken Unterschenkel.** *Russki Wratsch. No. 43. 1911.*

Bei einer 25jährigen Patientin zeigten sich unter leichtem Fieber Ulcerationen und Beläge an den Gaumenmandeln, die grosse Aehnlichkeit mit Lues hatten. Etwa nach einem Monat traten starke Schmerzen in den Beinen und Schwellung der Venen am linken Bein auf; allmählich bildeten sich Geschwüre am linken Unterschenkel, in deren Detritus zahlreich Spirochaeta buccalis und B. fusiformis gefunden wurden. Die Complication mit Thrombophlebitis scheint eine sehr seltene zu sein und wird in der Literatur nicht erwähnt. Das beste Mittel bei der Behandlung der Angina Vincenti sei Kali chloricum in Verbindung mit Jod und Argent. nitr.

SCHNEIDER (MOSKAU).

65) **Reh** (Souceboy). **Pseudomembranöse Angina mit Pneumokokken. (Angine pseudomembraneuse à pneumocoques.)** *Schweizer Revue der Med. No. 37. 1912.*

Verf. beschreibt einen Fall und hebt hervor, dass primäre Pneumokokkeninfectionen ausserhalb der Lunge äusserst selten seien. Er kennt aus der Literatur nur 17 derartige Fälle. Sein Fall bei einem 5jährigen Mädchen zeigte das Bild einer ziemlich heftigen erythematösen Angina mit 39°. Am vierten Tag traten Krisis und rapide Heilung ein, nachdem am zweiten Tag Serum injicirt worden war. Die Cultur ergab reichliche Colonien von Pneumokokken und ganz wenigen Streptokokken.

JONQUIÈRE.

66) **John L. Capps** und **Joseph L. Miller. Die Epidemie von Streptokokkenangina in Chicago und ihre Beziehung zur Milchversorgung. (The Chicago epidemic of streptococcus sore throat and its relation to the milk-supply.)** *Journ. americ. medical assoc. 15. Juni 1912.*

Die Zahl der in Chicago während der Epidemie an Angina erkrankten Personen wird auf 10000 geschätzt. Die Untersuchung erstreckte sich auf 622 Fälle, von denen 539 (87 pCt.) als Abnehmer der aus der Milchwirthschaft X stammenden Milch ermittelt wurden. Von 19 tödtlich verlaufenen Fällen waren 15 (79 pCt.) Kunden dieser Milchwirthschaft. Ein Vergleich zwischen dem Vorkommen von Angina bei solchen Personen, die ihre Milch von X bezogen, mit solchen, die ihre Milch aus anderen in der Nachbarschaft belegenen Meiereien bezogen, ergab, dass sie bei jenen 14mal so häufig war, als bei diesen. Dieses Verhältniss wurde in drei weit von einander entfernt liegenden Districten der Stadt festgestellt.

Von 153 in Hospitäler thätigen Schwestern, welche die X-Milch gebrauchten, erkrankten 80 (52 pCt.), während von 721 Schwestern, die in Hospitälern beschäftigt waren, wo andere Milch gebraucht wurde, nur 45 (4,8 pCt.) erkrankten.

Nachfragen ergaben, dass nur in einem District des Staates Illinois eine Epidemie herrschte, die mit der in Chicago zu vergleichen war, und das war in Batavia. Hier wurde die aus der Meierei X stammende Milch gesammelt und

pasteurisirt. Auch bezog Batavia seine Milch zum Theil von der Meierei X. 4,6 pCt. der Kühe auf der Meierei X hatten in den Wintermonaten eine Mastitis. Unter den Farmern und Schweizern der Meierei X herrschte Angina des epidemischen Charakters.

EMIL MAYER.

67) **D. J. Davis** und **E. C. Rosenow. Eine Epidemie von Angina in Folge eines eigentümlichen Streptococcus. (An epidemic of thore throat due to a peculiar streptococcus.)** *Transactions of the Chicago pathological society. Mai 1912.*

Verf. beschreibt die Epidemie (cfr. vorhergehendes Referat). Die Krankheit war charakterisirt durch plötzliches Auftreten, schwere Prostration, Drüsenschwellung und oft ernste Complicationen. Der isolirte Streptococcus nimmt eine Mittelstellung ein zwischen dem gewöhnlichen Streptococcus und dem Streptococcus mucosus.

EMIL MAYER.

68) **John J. Davis. Bakteriologische Studie über Streptokokken in der Milch in Beziehung zu epidemischer Angina. (Bacteriologic study of streptococci in milk in relation to epidemic sore throat.)** *Journ. americ. medical assoc. 15. Juni 1912.*

Die im Winter 1911/1912 in Chicago grassirende Epidemie von Halsentzündungen war auf einen Streptococcus zurückzuführen. In den Exsudaten und im Körper war er gewöhnlich mit einer Kapsel versehen, im Hals aber war er nicht selten ohne Kapsel. Er war hochgradig pathogen für Thiere, bewirkte schnell Arthritis bei Ratten und gelegentlich Endocarditis. Capps und Miller (cfr. Referat Nr. 66) haben deutlich gezeigt, dass die Infection durch Milch weitergetragen wurde und dass eine Epidemie von Mastitis bei den Kühen und Halsentzündung während des Winters 1911/12 auf dem Territorium herrschte, von dem aus die betreffende Milch nach Chicago geliefert wurde. Es gelang dem Verf., von einer typischen Mastitis bei einer der Kühe einen Streptococcus in Reincultur zu züchten, der bei Thierpassage eine Kapsel bekam, für Thiere pathogen war und in Allem dem bei der epidemischen Angina gefundenen Streptococcus glich. Der Streptococcus ist nahe verwandt dem Streptococcus pyogenes.

EMIL MAYER.

69) **E. C. Stowell** und **C. M. Hilliard. Vergleich zwischen Streptokokken aus der Milch und aus dem menschlichen Rachen. (Comparison of streptococci from milk and from human body.)** *Americ. journ. of diseases and children. Mai 1912.*

Streptokokken aus dem Halse und aus frischer Milch fermentiren Dextrose, Lactose, Maltose und Saccharose, dagegen im Allgemeinen nicht Mannit und Raffinose. Die Streptokokken aus dem gesunden und erkrankten Hals zeigen keinen Unterschied in Bezug auf ihr culturelles Verhalten. Der Halsstreptococcus fermentirt bei 20^{0} keinen Zucker, während der Milchstreptococcus es bei dieser Temperatur in demselben Grad wie bei 37^{0} thut. Darin besteht der Hauptunterschied.

EMIL MAYER.

70) **P. G. Heinemann. Die epidemische Halsentzündung in Chicago. (The epidemic of sore throat in Chicago.)** *Journ. americ. medical assoc. 31. Aug. 1912.*

Verf. weist nach, dass die epidemische septische Halsentzündung hauptsächlich in Haushaltungen auftrat, an die X-Milch in Flaschen geliefert war; er vertritt die Ansicht, dass ein Theil der Flaschen durch einen an Angina erkrankten Angestellten inficirt worden sei. EMIL MAYER.

71) **A. S. Granger. Die Epidemie von septischer Halsentzündung in Chicago. (The recent Chicago epidemic of septic sore throat.)** *Southern California practitioner. Juli 1912.*

Gleichfalls eine Beschreibung der im Winter 1911/12 in Chicago herrschenden Epidemie und ihrer Ursachen. EMIL MAYER (L. JACOBS).

72) **Harold Hays. Indicationen für die Entfernung der Gaumenmandeln. (Indications for removal of the faucial tonsils.)** *New York med. journ. 13. Juni 1912.*

Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass die Tonsillen, denen eine bestimmte Function in früher Kindheit zukomme, nicht vor dem vierten Lebensjahr entfernt werden sollen; es müsste denn ein ganz besonderer Grund dafür vorliegen. Kleine, zwischen den Gaumenbögen versteckte Tonsillen mit Schwellung der Cervicaldrüsen sollen stets vollständig entfernt werden, wenn nicht ein anderer bestimmter Grund für die Erscheinungen zu finden ist. Tuberculose ist oft tonsillären Ursprungs. Ein sehr wichtiger Punkt für die Beurtheilung der Frage, ob eine Tonsille entfernt werden soll oder nicht, ist die Grösse der Tonsille im Verhältniss zu der Rachenhöhle des betreffenden Individuums. Alle Tonsillen, ob gross oder klein, die ernstlich die Athmung beeinträchtigen, sollen entfernt werden. Vielen Fällen von Mittelohrkatarrh kann durch Entfernung der Tonsillen vorgebeugt werden. Es bestehen Beziehungen zwischen Tonsillen und Allgemeinerkrankungen. Die kritiklose Entfernung der Mandeln im Kindesalter, ohne dass ein von ihnen ausgehender pathologischer Zustand vorliegt, ist gefährlich; alle zu operirenden Fälle sind sorgfältig auszulesen. EMIL MAYER.

73) **Oertel** (Düsseldorf). **Die chronische Mandelgrubeninfection durch Tonsillectomie.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 6. S. 174. 1913.*

An Hand von 92 Fällen Empfehlung der Tonsillectomie. Verf. lässt regelmässig am Abend vor der Operation in den Oberschenkel subcutan 20 ccm einer sterilen 20proc. Gelatinelösung einspritzen; bei Verdacht auf Hämophilie verordnet er ausserdem 15 Minuten nach der Operation eine intravenöse Einspritzung von 4—8 ccm einer 5 proc. Kochsalzlösung. OPPIKOFER.

74) **A. Réthi** (Budapest). **Ueber die Tonsillectomie.** *Orvosi hetilap. No. 45. 1912.*

Verf. führt die Operation aus in Fällen von chronischer Tonsillitis, ferner wenn die Tonsillen häufig acut erkranken oder wenn peritonsilläre Abscesse sich häufig bilden. Die Operation wird ausserdem bei hartnäckigen protrahirten Fällen von Angina Vincenti, bei primärer Sklerose und positivem Spirochätenbefund, bei

makroskopisch sichtbaren tuberculösen Erkrankungen der Tonsillen, und schliesslich bei malignen Tumoren empfohlen. POLYAK.

75) **Auerbach** (Baden-Baden). **Zur Totalexstirpation der Tonsillen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 1433. 1912.*

Empfehlung der Tonsillectomie und Beschreibung des Verfahrens.

OPPIKOFER.

d) Diphtherie und Croup.

76) **Deutschländer** (Hamburg). **Ueber die diphtherische Entzündung der Haut und des Unterhautzellgewebes.** *Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 115. 1913.*

Nach einer Quadricepsplastik (3 jähr. Mädchen) entstand unter Temperatursteigerung 10 Tage nach der Operation an einer Stelle am Oberschenkel, wo offenbar der Gypsverband gescheuert hatte, eine bretthärte Geschwulst, die schliesslich in trockene Gangrän überging. In den Gewebsfetzen Diphtheriebacillen in Reincultur. Injectionen von Heilserum konnten den Tod nicht aufhalten. Im Rachen und in der Vulva keine Bacillen, möglicher Weise Infection durch mit den Fäces ausgeschiedene Diphtheriebacillen. SEIFERT.

77) **J. P. Kelly. Ein sehr ungewöhnlicher Fall von diphtherischer Infection. (A very unusual case of diphtheric infection.)** *Southern practitioner. Sept. 1912.*

Der Fall betrifft eine 23 jährige Frau, die im December 1910 an Kehlkopfdiphtherie erkrankte und eine Injection von 6000 I.-E. Antitoxin erhielt, worauf erhebliche Besserung, bald darauf aber eine sehr ausgesprochene Urticaria folgte.

Dreizehn Wochen nachher untersuchte Verf. den Fall und fand Diphtheriemembranen auf beiden Tonsillen, im Pharynx und den Nasengängen, die Uvula war völlig zerstört; es bestand Temperaturerhöhung. Sofort Injection von 10000 I.-E., 6 Tage darauf von 17 500 I.-E. und nach abermals 6 Tagen 17 500 I.-E. Cultur war positiv. Nach abermals 10 Tagen wieder Injection von 5500 I.-E. Kurz darauf Reconvalescenz; Culturen negativ. EMIL MAYER (L. JACOBS).

78) **Penkert** (Halle). **Recidivirende menstruelle Vulvadiphtherie.** *Med. Klinik. No. 3. 1913.*

Bei einer 43 jähr. Frau handelte es sich um eine seit 13 Jahren bestehende Diphtherie des Rachens und der Vulva; jedes Mal kurz vor und während der Periode flackerten die Erscheinungen wieder auf, es kam zu Belägen im Rachen und vor allem an der Vulva. Heilung nach Injection von Diphtherieserum und starker localer Behandlung mit Pyocyanase. SEIFERT.

79) **Rendu** (Lyon). **Behandlung der Diphtherie mittels Inhalationen warmer Luft. (Traitement de la diphthérie par les inhalations d'air chaud.)** *Lyon médical. 12. Januar 1913.*

Im Verlauf ein und derselben Epidemie wurden 33 Fälle der gewöhnlichen Serumbehandlung unterworfen, 33 mit Heissluftinhalationen behandelt. In der-

selben Zeit und unter den ganz gleichen Bedingungen war das Resultat bei beiden Serien genau das gleiche. Verf. empfiehlt, beide Methoden mit einander zu combiniren. Der Nutzen der Heissluft besteht vor allem darin, dass sie leicht anwendbar ist und auch bei den diphtherierkrankten Tuberculösen sowie bei solchen benutzt werden kann, die schon vorher mit Serum behandelt wurden.

GONTIER DE LA ROCHE.

80) **Reiche** (Hamburg). **Klinisches und Kritisches zur Behring'schen Antitoxinbehandlung der Diphtherie.** *Med. Klinik. H. 1 u. 2. 1913.*

Bei seinen Tracheotomirten gewahrte Reiche von der Serumbehandlung keinen durchschlagenden Erfolg, leichte Albuminurie und meist geringe Erhebungen der Körpertemperaturen traten ab und zu als reactive Erscheinungen auf. Die früher beschriebenen Gelenkschmerrzen sah er jetzt extrem selten, auch die Exantheme blieben in ganz beschränkten Grenzen.

SEIFERT.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

81) **C. Elze** (Heidelberg). **Ueber den sogen. Nervus laryngeus inferior.** *Anat. Anzeiger. Bd. 42. No. 16. 1912.*

Die von v. Schumacher am Lama gemachte Beobachtung über den merkwürdigen Verlauf des N. laryngeus inferior, welcher nicht wie bei den übrigen Säugern um das Ligamentum Botalli resp. Arteria subclavia geschlungen verläuft, sondern ohne rückläufig zu sein vom Vagus direct zum Kehlkopf zieht, konnte E. im Wesentlichen an einem Lamahengst bestätigen: Aus dem Ganglion nodosum gehen drei grosse Aeste hervor, der Vagusstamm, ein Stamm für die Pharynxzweige und einer für die Kehlkopfnerven. Letzterer theilt sich in den Lar. super. und infer. Der erstere verläuft wie üblich. Letzterer wendet sich medialwärts an das untere Ende des Kehlkopfs, wo er unter dem Rande des Musc. posticus verschwindet und entsendet in der Fortsetzung seiner ursprünglichen Verlaufsrichtung einen vom Oesophagus centralwärts ziehenden Ast. Auf der rechten Seite empfängt dieser caudal von der Arteria subclavia, auf der linken caudal vom Lig. Botalli mehrere feine Aeste vom Stamm des Vagus. Diese Aeste sind nur auf der linken Seite ausgesprochen rückläufig.

Hiernach ist der N. laryngeus inferior des Lamas dem der übrigen Säuger nicht homolog. Aufschluss für dieses Verhalten dürfte nur eine entwickelungsgeschichtliche Untersuchung geben.

GRABOWER.

82) **Josef Némai** (Budapest). **Vergleichend-anatomische Studien am Kehlkopf der Säugethiere.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 3. 1912.*

Die sehr eingehende Arbeit zerfällt in mehrere Abtheilungen: Der Kehlkopfeingang der Säuger ist von der allgemeinen Beschreibung des Kehlkopfes der Wiederkäuer abgesondert. Ausführlich wird der Larynx des Hirsches beschrieben, der als Schema für die anderen Cerviden dient und an dessen Beschreibung sich die der Ungulata im Allgemeinen anlehnt. Es folgen Cervus capreolus, Camelopardalis Giraffa, Antilope cervicapra, Gazella rufifrons, Cobus ellipsiprymnus, Oreas canna, Bos taurus und Ovis aries. Die Befestigung der Epiglottis bei den

Wiederkäuern wird gemeinsam beschrieben. Schwein und Wildschwein, die beide gleiche Verhältnisse zeigen, und das Pferd finden ebenfalls Berücksichtigung. Zum Schlusse wurde die topographische Lage des Kehlkopfes, die elastischen Knorpelfortsätze, der Giesskannenknorpel, das Brückenligament geschildert, unter Hinzufügung von Bemerkungen über die Musculatur. W. SOBERNHEIM.

83) **W. L. H. Duckworth. Einige Punkte in der Anatomie der Plica vocalis. (Some points in the anatomy of the plica vocalis.)** *Journ. of anatomy and physiology. October 1912.*

Die Arbeit stellt das Ergebnis des Studiums von Kehlkopfschnitten dar, die von verschiedenen Menschenrassen, anthropoiden Affen, Hunden, Katzen, Ochsen, Fledermaus und Marsupialiern stammen. Zahlreiche Abbildungen.

Verf. findet: a) Die Plica vocalis besteht aus einem Epithellager, das über einer Submucosa liegt, die Drüsen und in einigen Fällen eine Menge elastischen Gewebes enthält. Die Lage der Plica ist beim Menschen variabel, sie liegt im Verhältniss zum Schildknorpel in einer tieferen Ebene, als bei den Thieren niedrigerer Ordnung.

b) Das Aussehen des Musc. thyreo-arytaenoideus bei den weniger hoch entwickelten Thierformen legt den Gedanken nahe, dass er sich aus einem Ringmuskel oder Sphincter entwickelt habe. Eine Untertheilung dieses primären Muskels findet sich am ausgesprochensten beim Menschen.

c) Die Plica ventricularis kann in folgende 3 Portionen getheilt werden: Die eine besteht aus dem äussersten lateralen Rand der Epiglottis und etwas elastischem Gewebe und bei einigen der höheren Primaten aus abgetrennten Portionen des Epiglottisknorpels. Das aus abgetrennten Bündeln vom oberen Theil des Musc. thyreo-arytaenoideus bestehende Muskelgewebe bildet die zweite Portion. Dieses Muskelgewebe fehlt bei allen niederen Formen und findet sich zuerst beim Gorilla und Schimpanse und ist am höchsten entwickelt beim Menschen. Der dritte oder dorsalste Theil enthält den Cartilago cuneiformis, welcher beim Menschen degenerirt ist und sich als ein Ausläufer der Epiglottis entwickelt zu haben scheint.

d) Musc. crico-thyreoideus. Der tiefe Theil dieses Muskels entspringt von der laryngealen Fläche des Schildknorpelflügels. Er erlangt beim Menschen keinen hohen Grad der Entwickelung.

e) Der Appendix ventriculi ist sehr variabel und häufig, so bei den anthropoiden Affen, ist ein medianes Diverticulum anwesend.

f) Rassen- und Entwickelungsvariationen: Der menschliche Kehlkopf unterscheidet sich von allen übrigen durch die Form der Plica vocalis, die Modification des Musc. thyreo-arytaenoideus, die Grössenabnahme des Wrisberg-schen Knorpels und die Verkleinerung des Appendix ventriculi.

Die niedrigeren Formen der menschlichen Rasse sind ausgezeichnet durch die geringere Entwickelung von elastischen Fasern in der Plica vocalis und ihre weniger dichte Anordnung, auch scheint die Verlängerung des Appendix nach unten häufiger zu sein bei den niedrigeren Formen.

Das Studium des Kehlkopfes am 10mm langen Embryo zeigt, dass die menschlichen Charakteristica schon frühzeitig ausgeprägt sind. JOHN WRIGHT.

84) **G. Ferreri. Ueber die Einwirkung einiger Drüsen mit interner Secretion auf die Entwicklung des Kehlkopfes. (Sur l'action de certaines glandes endocrines sur le développement du larynx.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXIV. No. 2. 1912.*

Bei Eunuchen findet sich eine Verzögerung in der Ossification des Kehlkopfes. Diese und ähnliche Beobachtungen machten es wahrscheinlich, dass der Hoden und die im reciproken Verhältniss zum Hoden stehende Thymus eine Einwirkung auf die Entwickelung des Kehlkopfes haben dürfte. In Folge dessen hat F. histologisch den Kehlkopf eines jungen und eines erwachsenen Hahnes, eines Kapaunen und eines ethyreoidirten Hahnes untersucht. F. hält seine Untersuchungen nicht für abgeschlossen. Es folgt eine kurze Bibliographie. LAUTMANN.

85) **Thost. Ueber Röntgenaufnahmen am lebenden Kehlkopf.** *Verhandlungen der deutschen Röntgengesellschaft. Bd. VII.*

Th. hat bei einer Reihe von krankhaft veränderten Kehlköpfen Röntgenaufnahmen gemacht: Theils waren es noch floride Erkrankungen, Papillome, Tuberculose, Lues, theils ausgeheilte Processe, speciell Narbenbildungen und Stricturen. Er konnte an den ausgezeichnet gelungenen Bildern nicht nur die Veränderungen des Gerüstes, sondern auch der Schleimhaut nachweisen, die sich in Form von verwaschener und undeutlicher Zeichnung, namentlich des Morgagni'schen Ventrikels, manifestirten. Bei Carcinom liess sich der Tumor in seinen groben Umrissen auf der Platte wiedergeben, narbige Regeneration des Gerüstes war an Lückenbildung im Knorpelgewebe erkennbar. ALBRECHT.

86) **Alezais** (Marseille). **Verdoppelung des rechten wahren Stimmbandes. (Dédoublement de la corde vocale inférieure droite.)** *Le Larynx. Juli/August 1912.*

Es handelt sich um einen Befund, der bei der Autopsie eines an Lungentuberculose gestorbenen 49jährigen Mannes erhoben wurde. Ueber die Function des Kehlkopfes bei Lebzeiten lag kein Bericht vor. Unter dem rechten Stimmband besteht eine sehr ausgesprochene Furche, die nach Aussage des Verf.'s nicht als Folge irgend eines destructiven Processes angesehen werden kann.

GONTIER DE LA ROCHE.

87) **Barberá** (Valencia). **Perilaryngealer Abscess. (Abscesos perilaringeos.)** *Revista de ciencias médicas. 15. November 1910.*

Verf. theilt die Abscesse ein in vordere, seitliche und hintere, macht auf die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose und die Nothwendigkeit eines energischen schnellen Eingreifens ohne Anästhesie aufmerksam. Er zieht den pharyngealen Weg vor, da er weniger gefährlich sei, als das Eingehen von aussen, das auch allgemeine Anästhesie erfordere. TAPIA.

88) **Descottes** (Paris). **Die Kehlkopfabscesse beim Kinde. (Les abcès laryngés chez l'enfant.)** *Thèse. Paris 1912—1913.*

Verf. sagt unter Anderem, dass alle Erkrankungen, die eine Intubation nothwendig machen können, sich mit Abscessbildung compliciren können, und es ist

von Bedeutung zu wissen, ob der Abscess vor der Intubation bestanden oder sich nachher gebildet hat. Diese letztere Eventualität dürfte die häufigere sein.

GONTIER DE LA ROCHE.

89) Viannay. **Eigene Statistik von 11 Fällen von Laryngostemie mit Dilatation. (Statistique personnelle de 11 cas de laryngostomie avec dilatation.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XV. No. 3. 1912.*

Die 11 behandelten Fälle sind eigentlich sämmtlich geheilt, trotzdem zwei Todesfälle untergelaufen sind. Diese Todesfälle traten aber erst 6 und 8 Monate nach angelegter Stomie auf und waren einmal eine Bronchopneumonie, wie so häufig bei tracheotomirten Kindern, und einmal eine Blutung in Folge Exulceration des Truncus brachio-cephalicus in die Trachea (nach Tracheoskopie?). Verf. beschreibt die von ihm befolgte Technik, die für Specialisten eigentlich nichts Neues bietet, ausser der Empfehlung, die Stomie in Chloroformanästhesie anzulegen, wozu sich die reinen Laryngologen nicht mehr verstehen. Auch das Aufgeben der Kautschukdilatation zu Gunsten des Vaselingazetampons ist uns geläufig. Ueber die wichtige Frage, wann die Killian'schen Tuben zu entfernen sind und die Stomie zu schliessen ist, kann sich Verf. natürlich nicht äussern. Das hängt von Fall zu Fall ab. Die Stomie wird vom Verf. im Allgemeinen immer ganz geschlossen, ohne Sicherheitsfistel. LAUTMANN.

90) Sargnon. **Beiträge zur Laryngostomie. (Contributions à la laryngostomie.)** *Arch. internat. de laryng. No. 3. Mai/Juni 1912.*

Es werden die Arbeiten zusammengestellt, die über die Frage seit dem Berliner Congress 1911 bis Juni 1912 erschienen sind. Verf. hat auf dem letzten französischen Laryngologen-Congress von 1912 (s. Ref.) einen ähnlichen Bericht erstattet. Entgangen ist ihm übrigens ein Fall aus der Klinik Killian's. Es scheint, dass die Mortalität noch immer nicht unter 8,55 pCt. gesunken ist.

LAUTMANN.

91) Sargnon (Lyon). **Beiträge zur Laryngostomie. (Contribution à la laryngostomie.)** *Lyon médical. 17. November 1912.*

Verf. berichtet über die Modificationen, mittelst deren er sein Verfahren verbessert hat. Zur Dilatation bedient er sich Kautschuktuben, die von Gaze und Guttaperchapapier umhüllt sind. Er berichtet über einen Fall von recidivirenden Papillomen der Trachea, der seit zwei Jahren wiederholt curettirt wurde und wo schliesslich die Laryngostomie gemacht worden ist. Ferner zwei Fälle von erschwertem Decanulement, die durch Laryngostomie geheilt wurden.

Die Statistik der Laryngostomie giebt jetzt 76 pCt. Heilung gegen $9^1/_2$ pCt. mangelnden Erfolges und $8^1/_2$ pCt. Todesfälle. Was die Indicationen anbelangt, so steht in erster Linie Tuberculose und Lupus des Larynx.

GONTIER DE LA ROCHE.

92) Molinié (Marseille). **Modificationen in der Nachbehandlung der Laryngostomie. (Modifications aux pansements de la laryngostomie.)** *Le Larynx. No. 3. Mai 1912.*

Verf. schlägt eine Anzahl von Modificationen vor, die für den Kranken den

Vortheil haben sollen, dass sie ihm den Erfolg der Operation gewährleisten und gleichzeitig den Arzt der Mühe überheben, den Patienten täglich zu überwachen.

Unmittelbar nach der Operation wird ein Kautschukrohr in Drainform eingelegt, das durch eine daran geklebte Kautschukplatte festgehalten wird, deren freie Ränder die Wundränder auseinander halten.

Später, wenn die Canüle fortgelassen werden soll, setzt Verf. einen ähnlichen Apparat ein, der aber länger ist und an dem eine Art Sicherheitsventil dadurch angebracht ist, dass in der Vorderwand des Kautschukrohres ein zungenförmiges Stück ausgeschnitten ist, das durch eine Schnur nach unten gezogen werden kann.

Wenn man schliesslich nur noch zum Zweck der Ueberwachung den Verschluss des Stoma verhindern will, wird das Drain durch eine einfache Kautschukplatte ersetzt.

GONTIER DE LA ROCHE.

93) **R. Lemarchal. Schnittverletzungen an Larynx oder Trachea, unabhängig von operativem Eingriff. (Plaies par section du conduit laryngo-trachéal [plaies non chirurgicales]).** *Dissert. Paris 1910.*

Schnittverletzungen am Halse geschehen fast immer in selbstmörderischer Absicht. Die Prognose ist im Allgemeinen eher günstig, da der gewünschte Tod meist nicht eintritt, indem die tiefen Halsgefässe nicht verletzt werden. L. setzt die Mortalität (Asphyxie oder Verblutung) auf 10 pCt. Nachträgliche Stenosen sind ebenfalls verhältnissmässig selten.

Eingehende Besprechung der Therapie und Mittheilung der in der Literatur gefundenen 150 Fälle.

OPPIKOFER.

94) **Walker Downie** (Glasgow). **Vier Fälle von Kehlkopffractur. (Four cases of fracture of the larynx.** *The Laryngoscope. September 1912.*

Fall 1. 20jähriger Mann; verticale Fractur des Schildknorpels in der Mittellinie in Folge starken Griffs am Hals. Die Verletzung hatte zur Folge Schwellung aussen am Halse, etwas Dyspnoe und Heiserkeit und Schmerzen beim Schlucken. Laryngoskopisch fand sich starke Injection der ganzen Kehlkopfschleimhaut, erhebliches Oedem, besonders am Polster der Epiglottis. Unter sedativer Behandlung Abnahme der Schwellung und Verschwinden der bedrohlichen Symptome. Jedoch nahm der Schildknorpel nicht seine frühere Configuration wieder an, sondern er blieb verschmälert, als ob die beiden Platten einander genähert wären und seine linke Articulation mit dem Ringknorpel blieb abnorm, so dass der Schildknorpel beim Schluckact über den Ringknorpel sprang, wobei ein für die Umgebung hörbares Geräusch entstand. Beim Umfassen des Kehlkopfes konnten beide Schildknorpelplatten unter Crepitation gegeneinander bewegt werden. Durch Einführung dilatirender Zangen in den Kehlkopf wurden die Schildknorpelplatten etwas voneinander entfernt.

Fall 2. 43jähriger Mann. Nach heftigem Niesen ein Krampfgefühl in den Halsmuskeln, Schmerzen im Hals und Schwierigkeit beim Schlucken, welche Symptome allmählich zunahmen. Dabei bestand starke Salivation. Crepitation konnte zu beiden Seiten des Pomum Adami gefühlt werden, am ausgesprochensten in der Ringknorpelgegend. Röntgenaufnahme zeigte eine Fractur des Ringknorpels,

ausserdem sah man eine Linie schräg über den Schildknorpel, nahe dessen unterem Rand verlaufen, die eine Schildknorpelfractur anzuzeigen schien. Patient trug drei Wochen lang eine Bandage, wonach alle Beschwerden verschwunden waren.

Fall 3. 60jähriger Mann. Nach einem Fall, bei dem er mit der Vorderfläche des Halses auf die scharfe Kante einer Stuhllehne fiel, Schmerzen und Heiserkeit. Laryngoskopisch sah man Oedem des Larynx, besonders an der Epiglottis und den aryepiglottischen Falten und den Taschenbändern. Bei Palpation fühlte man Crepitation und genaue Untersuchung ergab eine Transversalfractur beider Schildknorpelplatten. Es bildete sich ein Abscess, der eröffnet wurde. Es besteht an der Bruchstelle auch nach der Heilung noch etwas Crepitation.

Fall 4. 31jähriger Mann. Als Folge eines Schlages gegen den Hals bestand eine harte, schmerzhafte Schwellung an der Vorderseite des Halses mit leichtem Emphysem in der Supraclavicularregion derselben Seite. Bei starker Palpation konnte man Crepitation über dem Schildknorpel constatiren. Die laryngoskopische Untersuchung ergab Oedem der ganzen Larynxschleimhaut; die Epiglottis war besonders stark geschwollen.

Während das Oedem im Larynx zurückging, nahm die Schwellung aussen am Halse zu, und nach 10 Tagen war Fluctuation vorhanden. Eröffnung des Abscesses; durch die Abscessöffnung hindurch konnte man feststellen, dass die linke Schildknorpelplatte rauh und fracturirt war. Prompte Heilung. EMIL MAYER.

95) **J. v. Kertész** (Budapest). **Knorpeltransplantation bei einem Falle von Kehlkopfdefect.** *Verhandl. der ungar. Gesellschaft für Chir. S. 84. 1912.*

Bei einem Kranken, welcher eine Schussverletzung am Halse erlitt, wurde eine Laryngotracheotomie ausgeführt, welche zu Schwellungen des Kehlkopfinnern und zu secundären Veränderungen der Laryngotrachealfistel führte. Die plastische Operation ist gut gelungen, Athmung frei, Stimme allmählich besser.

POLYAK.

96) **Massini** (Basel). **Erschwertes Decanülement in Folge von Verbiegung der vorderen Trachealwand nach Tracheotomia superior und Einfluss des Diphtherieserums auf die Zeit der Vornahme des Decanülements.** *Jahrb. für Kinderheilk. Bd. 76. H. 4. 1912.*

Die Ventilstenose ist eine oft verkannte Ursache des erschwerten Decanülements nach Tracheotomie. Ihre Entstehung wird bedingt durch zu kleinen oder extramedianen Trachealschnitt oder auch durch die Krümmung und Hebelwirkung schlechter Canülen mit im Schilde unbeweglichen Röhrchen. Bei genügender Heilserumdosis kann das Decanülement oft schon nach 24 Stunden vorgenommen werden. Therapie bei erschwertem Decanülement ist die Intubation.

SEIFERT.

97) **Sehrt** (Freiburg). **Die dringliche Crico- bzw. Tracheotomie, mit besonderer Berücksichtigung der Kropfcomplicationen.** *Med. Klinik. No. 4. 1913.*

Mit einer (besonders construirten) Hackenzange, die in die Mitte des Schild-

knorpels möglichst tief eingesetzt ist, wird mit dieser die Trachea in die Höhe (bei Strumen hinter dieser) hervorgezogen und das Messer durch den Ringknorpel in den subglottischen Raum eingeführt. Von Wichtigkeit ist, dass die Medianlinie genau eingehalten wird. Bedenkliche Nebenverletzungen sind ausgeschlossen.

SEIFERT.

98) **Denker** (Halle). **Die rasche Eröffnung des Kehlkopfes in Fällen dringender Erstickungsgefahr.** *Med. Klinik. No. 1. 1913.*

Nach den Untersuchungen an der Leiche und nach Erfahrungen am Lebenden scheint die Intercricothyreotomie ein leicht ausführbarer und ungefährlicher Eingriff zu sein, mit welchem man sich manche Operationen wesentlich erleichtern und nicht selten das Leben retten kann. Die dauernde Bereitstellung eines entsprechenden Instrumentariums mag für ein Krankenhaus oft nützlicher sein als die Bereitstellung des Tracheotomiebesteckes.

SEIFERT,

99) **D. v. Navratil** (Budapest). **Erfahrungen über die Tracheotomie im Anschluss an 50 Fälle.** *Orvosi hetilap. No. 50. 1912.*

Während v. Navratil sen. ungefähr vor einem Decennium, auf eine Erfahrung von über 1000 Tracheotomien gestützt, für die untere Tracheotomie Stellung nahm, spricht jetzt v. Navratil jun. in Uebereinstimmung mit der v. Bergmann'schen Schule das Wort für die obere Tracheotomie, welche Operation er neuerdings auf transversalem Wege ausführt.

Verf. betont sehr richtig, dass der Operateur bei der Tracheotomie auf schwer überwindliche Hindernisse stets vorbereitet sein muss und illustrirt diese Behauptung durch Beschreibung zweier Fälle.

Die Publication enthält eine gute Beschreibung der Tracheotomia transversa. Ref. hat dabei nur die Erwähnung vermisst, dass wir diese Methode Otto Franck verdanken (Münch. med. Wochenschr., 1910).

POLYAK.

100) **H. Keiner. Ueber die Vortheile des queren Luftröhrenschnittes bei Kindern und das Tracheotomiren auf liegender Intubationscanüle.** *Monatsschrift f. Kinderheilk. No. 12. 1912.*

Verf. hat die ursprüngliche von Franck angegebene Methode dadurch modificirt, dass er den oberen Wundrand mittelst einer in seiner Mitte angelegten Knopfnaht mit der Haut der oberhalb der Wunde gelegenen Halsgegend und ebenso den unteren Wundrand an die Haut der unteren Halsregion temporär annäht. Dadurch entsteht an Stelle des ursprünglich ovalen Operationsfeldes ein grösseres quadratförmiges oder rhombusartiges. Die Trachea wird am zweckmässigsten zwischen dem zweiten und dritten Trachealring quer eröffnet. Die Trachealwunde klafft in breitem Spalt; die Canüle kann in grösster Ruhe eingeführt werden; man bedarf dazu weder eines Hakens, um die Trachea au fixiren, noch um die Trachealwunde auseinander zu halten. Es wird auf liegender Tube tracheotomirt.

FINDER.

f) Schilddrüse.

101) **Clerc** (Neuchatel). **Die Schilddrüse im hohen Alter vom 50. Lebensjahr an, in der norddeutschen Ebene, sowie in Bern.** *Berner Dissert. Verlag Bergmann, Wiesbaden 1912.*

Der Durchmesser der Kropfbläschen nimmt mit dem zunehmenden Alter ab. In den Epithelien, im Kern und im Protoplasma treten Degenerationserscheinungen und immer häufiger fetthaltige Pigmente auf. Das Colloid wird fest. Die Lymphgefässe zeigen wenig Colloid. Die Arterien sind sehr oft in ihren Wandungen degenerirt. Im Berner Land ist das Gewicht der Kröpfe beinahe doppelt so gross als in Norddeutschland, die Degeneration des Drüsenparenchyms sowie die Vermehrung des Bindegewebes viel stärker als in der norddeutschen Ebene und deren Küstenstrichen.

JONQUIÈRE.

102) **Stierlin** (Winterthur). **Ueber morphologische Anomalien der Schilddrüse.** *Schweizer Rundschau für Medicin. No. 26. 1912.*

Verf. untersuchte zwei seltene Fälle von Aplasie eines Schilddrüsenlappens histologisch und entwicklungsgeschichtlich, wobei namentlich das Fehlen des Isthmus, die Verhältnisse des Proc. pyramidalis und die Abnormitäten der Arterien in Betracht fielen. Er hebt hervor, dass häufig vollständiges Fehlen der Schilddrüse an ihrer normalen Stelle neben Entwicklung von Schilddrüsenlappen an der Zungenbasis vorkommen. Man müsse sich deshalb wegen der Gefahr von Cachexia strumipriva hüten, Zungentonsillen ohne Weiteres zu entfernen, bevor man sich vergewissert hat, ob 1. nicht vielleicht die Zungentonsille eine Zungenschilddrüse sei, 2. dass eine normale Schilddrüse an der normalen Stelle vorhanden sei. Auch vor der Entfernung eines Schilddrüsenlappens müsse man sich über die Grösse und Beschaffenheit der anderen Lappen Rechenschaft geben.

JONQUIÈRE.

103) **Sasaki** (Heidelberg). **Zur experimentellen Erzeugung der Struma.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 119. 1912.*

Die Kropfbildung kommt durch eine vermehrte Thätigkeit der entgiftenden Schilddrüse zustande und stellt eine functionelle Anpassung dar. Andererseits erklärt der Verf. die Schutzwirkung des Jods damit, dass das Jod in der Drüse aufgespeichert wird und die Widerstandsfähigkeit der Zellen gegen die kropferzeugenden Gifte (der Faeces) erhöht.

SEIFERT.

104) **A. Schittenhelm** und **W. Weichhardt. Ueber den endemischen Kropf in Bayern.** Nach einem Vortrag in der physik.-med. Societät in Erlangen. Die Untersuchungen sind in einer bei J. Springer, Berlin, 1912 erschienenen Monographie Schittenhelm und Weichhardt: „Der endemische Kropf, mit besonderer Berücksichtigung des Vorkommens im Königreich Bayern“ im Einzelnen niedergelegt. Dort findet sich auch das gesammte Material: Literatur etc. *Münchener med. Wochenschr. No. 48. 1912.*

Geologische, topographische, rassenhygienische und statistische Erörterungen

führen Verff. zu dem Schlusse, „dass nicht die geologische Formation das Primäre, Ausschlaggebende für die endemische Verbreitung des Kropfes ist, sondern die Infection des Wassers, wie sie früher schon von Ewald u. A. angenommen worden war, die allerdings durch gewisse Gesteinsarten begünstigt werden kann, aber nicht nach starren Gesetzen. Das am meisten fördernde Element scheint das Gebirge an sich zu sein.“ „Nach unseren Grundlagen ist die Annahme eines fertiggebildeten Toxins in Kropfwässern aus Gesteinsschichten, die von früheren Erdperioden stammen, unannehmbar. Ein übertragbares Virus entspricht den epidemiologischen Beobachtungen und den biologischen Befunden (Immunität, Thierkrankheiten etc.) am meisten. Jedenfalls versprechen wir uns von einer Erforschung und Bekämpfung, die auf breitester Basis nach dem Muster der Typhusbekämpfung im Westen des Reiches Baustein an Baustein fügt, allmählich aber sicher zum Ziele führende Erfolge.“ Die neue Kutscher'sche Theorie, Kropf und Cretinismus auf Contactinfection zurückzuführen, ist in ihrer Begründung nicht stichhaltig.

HECHT.

105) **E. D. Barringer. Aetiologie und Prophylaxe des beginnenden Morbus Basedow. (The etiology and prophylaxis of incipient exophtalmic goitre.)** *Womans medical journal. April 1912.*

Verf. fand unter 1000 jungen Frauen innerhalb eines Zeitraumes von $2^1/_2$ Jahren 198 (fast 20 pCt.) mit Vergrösserung der Schilddrüse. Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Anfangsstadien der Krankheit, die sich häufig nur in Anämie mit ausgesprochenem Schwächegefühl, Dyspnoe, Palpitationen, Amenorrhoe etc. kundthun und die sich durch einfache hygienische Maassnahmen, Regelung der Thätigkeit, Uebungen, Stoffwechselregulirung etc. bekämpfen lassen.

EMIL MAYER.

106) **Sidney Pern. Die Nothwendigkeit von Kalk für den Organismus und seine Beziehung zum Kropf. (The necessity of lime in the system and its relation to goitre.)** *Australian medical journal. 9. November 1912.*

In dem District, wo Verf. practicirt, ist im Wasser kein Kalk vorhanden und Mangel an demselben in den Futterstoffen. Basedow ist sehr häufig; in einigen Familien leiden drei Generationen daran. Nach Ansicht des Verf. genügt eine gesteigerte Schilddrüsensecretion allein nicht, um die Erscheinungen des Hyperthyreoidismus hervorzurufen; es ist für den normalen Stoffwechsel nöthig, dass Schilddrüsensecretion und Kalkaufnahme in geeigneter Weise combinirt sind. Die Behandlung besteht in innerlicher Darreichung von Calciumlactat. Diese Behandlung scheint zuerst die Symptome zu verschlechtern, bald aber ist eine deutliche Besserung wahrnehmbar.

A. J. BRADY.

g) Oesophagus.

107) **W. P. Shukowsky** und **A. A. Baron. Congenitale Atresie der Speiseröhre mit Trachealfistel.** *Arch. f. Kinderheilk. Bd. 58. H. 1—3.*

Geburt des Kindes in leichter Asphyxie. Das Kind kann nicht saugen. Aus der beständig schnüffelnden Nase entleert sich reichlich zäher, grauweisser

Schleim. Exitus nach 48 Stunden. Anatomisch: Erweiterung der Speiseröhre, die in einen blinden Sack endigt. Von diesem aus führt eine schlitzförmige Fistel zur Trachea. FINDER.

108) Urrutia. **Idiopathische Erweiterung der Speiseröhre. (Dilatacion idiopatica del esofago.)** *Revista clinica de Madrid. Januar 1912.*

Verf. bespricht diese Dilatationen ausgehend von zwei Fällen, in denen Spasmus der Cardia bestand. Zur Diagnose genügt der gut ausgeführte Catheterismus und die Einhorn'sche und Stark'sche Probe; Röntgenstrahlen und Oesophagoskopie sind nicht unbedingt nothwendig. Bei der Behandlung spielt die Dilatation der Cardia eine grosse Rolle. TAPIA.

109) Pechkrantz. **Idiopathische Oesophaguserweiterung. (Samoistne rozszerzenie przetyku.)** *Pam. Few. Lek. 250 str. 1912 r.*

Discussion über obiges Thema, welches bereits im Centralblatt referirt wurde, in der Sitzung der Warschauer Medicinischen Gesellschaft.

A. v. SOKOLOWSKI.

110) H. Heinemann. **Ein Beitrag zur Lehre von den Erweiterungen des Oesophagus und besonders des sogen. Vormagens.** *Dissert. Leipzig 1911.*

Seit einem Monat bei $1^1/_2$ Jahre altem Mädchen beständiges Erbrechen bei jeder Nahrungsaufnahme. Tod an Inanition. Bei der Section zeigte sich der Oesophagus direct über der Cardia erweitert und mit Speiseresten angefüllt. Abbildung.

OPPIKOFER.

111) H. Dierling. **Ueber diffuse Dilatation der Speiseröhre.** *Dissert. Rostock 1910.*

Beschreibung und Abbildung einer diffusen spindelförmigen Erweiterung der Speiseröhre bei vier Jahre altem Knaben, der seit einem Jahr nach jeder Nahrungsaufnahme erbrochen hatte und dann an Kachexie starb. Verf. setzt die Gründe auseinander, warum er für seinen Fall die Erweiterung als angeboren betrachtet. OPPIKOFER.

112) F. Zierl. **Ueber ein cystisches Divertikel des Oesephagus.** *Dissert. Leipzig 1911.*

Verf. bespricht vorerst die Literatur der partiellen Atresie der Speiseröhre, im Ferneren der Fistulae oesophago-oesophageales und kommt dann auf die divertikelartigen Bildungen und damit auf seine eigene Beobachtung zu sprechen: Das 20 Jahre alte Mädchen hatte nie über Schluckbeschwerden geklagt; es starb innerhalb weniger Tage an Pneumonie. Bei der Section fand sich als Nebenbefund rechterseits in der Rinne zwischen Trachea und Oesophagus ein länglicher fluctuirender Tumor, der 10 ccm einer stinkenden Flüssigkeit enthielt. Die Cyste, die mit Trachea und Speiseröhre fest verwachsen war und als innere Auskleidung Inseln von Plattenepithel und Cylinderepithel zeigte, mündete in einen feinen Canal in der vorderen Wand der Speiseröhre frei in das Oesophaguslumen. Verf. fasst das cystische Divertikel der Speiseröhre nicht etwa als eine

einfache Abscesshöhle mit Perforation in den Oesophagus auf, sondern betrachtet es als eine Entwickelungsstörung, als eine incomplete Oesophagotrachealfistel; der früher engere Canal hat sich dann später cystenartig umgewandelt. Für die Annahme einer Entwickelungsstörung spricht nach Verf. neben anderen Gründen vor Allem auch der Umstand, dass nahe der Einmündungsstelle der Cyste in den Oesophagus eine sichere Entwickelungsstörung, nämlich zwei Fistulae oesophago-oesophageales bestanden.

OPPIKOFER.

113) C. Jacobs. **Essays über Pulsionsdivertikel des Oesophagus im Anschluss an ein durch Exstirpation in 11 Tagen p. p. i. geheiltes pharyngoösophageales Pulsionsdivertikel.** *Dissert. Greifswald 1910.*

Es handelt sich um ein Hypopharynxdivertikel bei 66 Jahre alter, heruntergekommener Frau. Exstirpation des 10 : 6 cm messenden dickwandigen Sackes; vollständige Heilung. Bei Besprechung der Operationsmethoden macht Verf. den Vorschlag, die Exstirpation in Localanästhesie zu versuchen, um den bei Narkose eintretenden Brechreiz auszuschalten.

OPPIKOFER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) L. Grünwald. **Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.** Dritte vollständig umgearbeitete und erweiterte Auflage.

Das Werk ist getheilt in zwei grosse Abschnitte: das Lehrbuch (801 Seiten mit 10 farbigen und 220 schwarzen Abbildungen) und den Atlas (mit 57 vielfarbigen Tafeln, enthaltend 104 makroskopische und 37 histologische Abbildungen). Wie aus diesen Zahlen ersichtlich, hat die neue Auflage eine ganz wesentliche Vergrösserung und Umarbeitung erfahren.

Der erste Theil, das Lehrbuch, gliedert sich wieder in die einzelnen Unterabtheilungen:

1. Vorbemerkungen zur Anatomie, Entwicklungsgeschichte und Physiologie.
2. Allgemeines zur Pathologie.
3. Specielle Pathologie und Therapie.

Mit ganz besonderer Gründlichkeit wurde die Anatomie und Entwicklungsgeschichte, speciell der Nase, behandelt und die Entstehung des inneren Nasenaufbaus in systematischer Darstellung beschrieben. Die Untersuchungsresultate von ca. 200 zergliederten Köpfen von Erwachsenen und Kindern und 50 Föten, unterstützt durch ergänzende vergleichende Untersuchungen an Säugethieren, bilden die Grundlage dieser Darstellung, die natürlich an dieser Stelle nur in der kurzen Form der Resultatübersicht erfolgen konnte. Diese neuen anatomisch-embryologischen Studien, wie auch die Wiedergabe bekannter Thatsachen — neben der Entwicklungsgeschichte der Nase sei die Beschreibung der Lymphgefässorgane der Nasenrachenhöhle hervorgehoben — sind die Basis für den weiteren Aufbau des Werkes, die nöthige Grundlage für das Verständniss einer Reihe von Beobachtungen und Thatsachen, so für die Localisation und Entstehung

der Tonsillarabscesse, für Missbildungen, für die Varietäten in Form und Zugänglichkeit der nasalen Nebenhöhlen. Diese letzteren sind mit besonderer Liebe behandelt und die Pneumatisirung der einzelnen Höhlen von den embryonalen Keimanlagen wird in ihrer Verschiedenheit genau verfolgt und dargestellt.

Der zweiten Abtheilung ist ein Capitel über Ursachenlehre und Verhütung vorangestellt, das eine kurzgefasste Hygiene der Schleimhautpflege und Abhärtung enthält. Ihr folgt eine Besprechung der Nachbarschaftserkrankungen, in der die möglichen Wege einer complicirenden Uebertragung, die nachbarschaftlichen Beziehungen und die Erkrankungsformen selbst zur Darstellung kommen. Als wichtigste Complication wird hierbei die endocephale (Thrombose, Meningitis, Abscess) genau besprochen und dabei auf die Art der Fortleitung grosser Werth gelegt, speciell die osteophlebitische Thrombose als Infectionsmöglichkeit genauer behandelt. Bei den „Fernerkrankungen" wird unterschieden in Metastasen, Verschleppung im Verdauungsrohr (intestinale Infection), Senkung, Resorption von Toxinen. — Ein besonderes Capitel ist dann der Besprechung der „Erscheinungen auf nervösem Gebiet", speciell der nervösen Fernwirkungen und Reflexe gewidmet. Ihm folgt eine kurze Darstellung der Untersuchungsmethoden.

In der speciellen Pathologie ist zunächst bemerkenswerth die Beschreibung von phlegmonösen und abscedirenden Entzündungsvorgängen, und zwar ist es wieder die genaue Darstellung der anatomischen Verhältnisse, speciell der prädisponirten intermusculären Spalten, die unser besonderes Interesse verdient. Nach einer Besprechung der gangränösen Veränderungen, der Schleimhauterscheinungen bei allgemeinen Infectionskrankheiten, der acuten und chronischen Schleimhautentzündungen — bei letztgenannter Form wird vom Verfasser wieder auf seine bekannte Auffassung der Ozaena mit energischer Betonung der vorliegenden Erfolge hingewiesen — folgt eine sehr gründliche Behandlung der Nebenhöhleneiterungen. Wieder sind es in diesem Capitel die anatomischen Studien, die erwähnt werden müssen. Aus ihnen soll speciell die neue und für praktische Zwecke wichtige Darstellung des Stirnhöhlenzugangs in 9 verschiedenen Typen hervorgehoben sein, die auf der Basis einer Untersuchung von 95 Präparaten beruhend, eine procentuale Eintheilung und genaue Beschreibung der einzelnen Varietäten giebt. Sonst ist neben einer Reihe von anderen wichtigen, theils referirten, theils eigenen Beobachtungen und Thatsachen die Auffassung des Verfassers über die secundäre Osteomyelitis von Interesse, die nach der gründlich gesammelten und besprochenen Literatur ätiologisch durch Bakterieninvasion auf dem Blutweg — sei es mit oder ohne Thrombose (Osteophlebitis purulenta bzw. thrombotica) — zu erklären ist. — Das nächste Capitel handelt von den Erkrankungen des lymphatischen Rachenrings, dem sich die „autonomen Neubildungen" anschliessen. Bemerkenswerth erscheint hier die Definition der Malignität einer Geschwulstbildung, die in erster Linie durch den klinischen Verlauf sich kundthun, erst in zweiter Linie durch den histologischen Befund aus der Probeexcision. Nach einem Ueberblick über die enanthematischen Erkrankungen werden die Nerven- und Muskelerkrankungen, die traumatischen Schädigungen, die Fremdkörper, Parasiten und zuletzt die Missbildungen beschrieben, die wieder in Hemmungs- und übermässige Bildungen getrennt werden.

Der zweite Theil, der Atlas, zeigt in der Mehrzahl die Abbildungen aus der früheren Auflage, doch wurde auch eine Reihe neuer Bilder aufgenommen. Den wichtigsten Theil stellen die Affectionen der Mundhöhle dar, die bei guter Auswahl und treffender Wiedergabe einen Ueberblick über die typischen Erkrankungsformen geben. Von Nasenerkrankungen sind nur wenige, speciell die am Naseneingang localisirten Affectionen, dargestellt. Hier interessiren mehr die ausgezeichneten histologischen Bilder von den einzelnen Veränderungen, die in klarer Ausführung in der zweiten Hälfte des Atlasses reproducirt sind.

Das ganze Werk ist eine ausgezeichnete, durchweg wissenschaftlich behandelte, in der Form klare Darstellung des Stoffes, die basirend auf kritischer Durcharbeitung der gründlich gesammelten Literatur sehr viel Eigenes und Neues enthält. Nicht nur eigene Beobachtungen und Erfahrungen sind hier niedergelegt, sondern auch — und das giebt dem Buch sein besonderes Gepräge — originelle Auffassungen über die verschiedenen Erkrankungsvorgänge, die durch ausgedehnte neue Studien wissenschaftlich begründet werden. Albrecht (Berlin).

---

b) W. G. Porter (Edinburgh). **Diseases of the throat, nose and ear.**

Dieses Buch ist für den Studenten und allgemeinen Praktiker berechnet; es behandelt Diagnose und Therapie soweit der Hausarzt im Stande ist, sie zu übernehmen. Die grösseren Operationen werden erwähnt, aber nicht beschrieben und das Gleiche ist der Fall mit den Maassnahmen, die eine besondere specialistische Geschicklichkeit erfordern. In diesen Fällen wird der Praktiker angewiesen, den Specialisten zu Hülfe zu rufen. Der Plan des Buches ist durchaus originell und der Verf. hat ihn in ausgezeichneter Weise durchgeführt.

Hals und Nase sind auf 169 Seiten behandelt. Verf. hat auf diesem kleinen Raum eine riesige Menge Stoff zu besprechen gewusst — man kann wirklich sagen: multum in parvo!

Zunächst schildert Verf. die Untersuchungsmethoden und erörtert die allgemeinen Symptome und allgemeinen therapeutischen Maassnahmen. Sodann werden sorgfältig und genau die verschiedenen Krankheiten und deren Behandlung beschrieben. Um Raum zu sparen hat Verf. dem Buch einen Anhang gegeben, in dem er die hauptsächlichsten von ihm angewandten Recepte aufführt. Das Buch enthält 77 ausgezeichnete Illustrationen, von denen 29 farbig sind. Sehr interessant ist eine Abbildung, die eine chronische Pneumokokkenulceration der Tonsille und Zunge zeigt, sowie eine andere von Varixbildung am weichen Gaumen, Tonsille und Rachenmandel. Besonders hervorzuheben sind die Abbildungen von lacunärer Tonsillitis und Keratose; eine andere von Keratosis laryngis dürfte auch die Aufmerksamkeit der Specialisten erregen. Der Verf. legt eine so eingehende Literaturkenntniss an den Tag, dass wir nur bedauern müssen, dass er uns nicht ein vollständiges Lehrbuch geschenkt hat. Hin und wieder ist die Kürze schuld an einigen Unvollständigkeiten, so wird man bei der Lectüre des Abschnittes über Abductorlähmung das Gefühl nicht los, als fehle manches, und dies liegt daran, dass die wesentlichen Dinge allzu kurz erwähnt sind. Derartige Mängel werden

gewiss in späteren Auflagen dadurch ausgeglichen werden können, dass das Buch etwas erweitert wird. Es spricht dafür, wie erfolgreich der Autor die Aufgabe, die er sich gestellt hatte, erfüllt hat, dass dies die einzige Ausstellung ist, die der Referent zu machen hat.

Einige Punkte von besonderem Interesse möchte ich noch erwähnen: Auf S. 111 räth Verf. den Zahnärzten, Injectionen von Cocain in den vorderen Theil des Septums zu machen, um eine Anästhesie der oberen Zähne herbeizuführen und auf S. 127 erwähnt er die Besserung von Ozaena in Folge Anwendung einer aus dem Abel'schen Bacillus hergestellten Autovaccine. Auf S. 139 beschreibt Verf. einen sehr interessanten Fall von rechtsseitiger Antrumeiterung und gleichzeitig vorhandenen Choanalpolypen. Die Durchleuchtung zeigte das rechte Antrum dunkel und das linke hell. Röntgenaufnahme jedoch ergab Schatten beider Höhlen. Bei der Operation fand man in der rechten Höhle Eiter und einen Polypen in der linken, der mit der Geschwulst in der Choane zusammenhing. Auf S. 152 beschreibt Verf. einen Fall von Epilepsie, der durch submucöse Resection des Nasenseptums geheilt wurde.

Das kleine Buch kann allen Studenten und Aerzten empfohlen werden, die ein zuverlässiges, kurz gefasstes und zeitgemässes Compendium der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten zu besitzen wünschen. P. McBride.

---

c) Wiener laryngo-rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Mai 1912.

Vorsitzender: Roth.

Kofler stellt einen Fall von Pharyngomycosis vor.

Discussion: Roth empfiehlt Pinselungen mit Salicyl- oder Sublimatlösungen, Weil Trichloressigsäure.

Schlemmer empfiehlt die perorale Tubage nach Kühne, zwecks Vornahme von grösseren rhino-chirurgischen Eingriffen.

Stern stellt ein Kind mit Akappacismus und Adeltacismus vor.

Hierzu spricht Neumann.

Tschiassny demonstrirt eine 27jährige Patientin der Klinik Chiari, bei welcher ein den Nasenboden durchbohrender Zahn in der Nasenhöhle zu sehen ist, und es kommt in diesem Falle möglicher Weise ein zur Zeit der zweiten Dentition stattgehabtes Trauma ätiologisch in Betracht.

Discussion: Glas erwähnt einen analogen Fall, der eine schwere innere Erkrankung vorgetäuscht hatte.

Glas demonstrirt einen Fall von tertiär-luetischer narbiger Verwachsung zwischen lingualem Antheil der Tonsille und der Zungenbasis.

Weil demonstrirt mehrere Tonsillenpräparate im Anhange zu seinem Vortrage.

Discussion: Tenzer bespricht ausführlich den Gang seiner Untersuchungen über die Gefässvertheilung im Tonsillargebiete und die Beobachtungen bei seinen Tonsillektomien. — Glas giebt seine Methode bei Tonsillektomien bekannt. — Hajek berichtet über die Art der Blutstillung bei operativen Tonsillarblutungen.

Sitzung vom 12. Juni 1912.

Vorsitzender: Koschier.

Hutter demonstrirt einen 12jährigen Knaben mit einer hereditär-luetischen Hyperostose des rechten Oberkiefers.

Fein stellt ein Spindel- und ein Rundzellensarkom des Nasopharynx vor.

Hierzu sprechen die Herren Glas und Hajek.

Glas demonstrirt ein 13 cm langes Stück eines Schrötter'schen Hartgummirohres, das er mittelst Tracheofissur aus der Trachea und dem rechten Bronchus eines 6jährigen Kindes entfernt hatte.

Discussion: Weil räth zu Schutzapparaten gegen das Abbeissen dieser dünnen Bougies. — Tschiassny entfernte in einem Falle von zu tiefem Hineingleiten eines Oesophagoskopierohres in den Oesophagus dieses Rohr durch Verticallagerung des Patienten.

Marschik demonstrirt 1. einen Fall von Sinusitis frontalis bilateralis acuta mit Gangrän der Schleimhaut. Radicaloperation. Heilung; 2. eine neue Kneipzange zur Resection der mittleren Muschel (erscheint in der Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc.).

Discussion zum Vortrage von Weil:

Tschiassny berichtet u. A. über eine heftige Nachblutung nach einer Tonsillektomie nach 8 Tagen und lässt kleinere arterielle Blutungen während der Enucleation unbeachtet, weil diese nach vollendeter Exstirpation des Gewebes meist stehen.

Rethi meint, dass gegenwärtig zu häufig tonsillektomirt wird und giebt zu bedenken, dass wir aus unserer Unkenntniss über die Functionen der Tonsillen nicht schliessen dürfen, dass sie keine haben.

Roth wendete in zwei Fällen starker Nachblutungen nach Tonsillotomie mit Erfolg Chromsäure an.

Marschik und Menzel weisen u. A. auf die zweckmässige Handhabung des Mikulicz'schen Compressoriums hin, ebenso Heindl, der ausserdem die Jackson'schen Hämostatzangen empfiehlt.

Koschier spricht über das Sluder'sche Instrument, das er nach dem 14. Lebensjahr nicht mehr anwenden möchte, von da ab tritt die chirurgische Ausschälung in ihre Rechte.

Discussion zum Vortrage von Menzel:

Hajek ist bezüglich der Deutung der histologischen Befunde anderer Ansicht, als der Vortragende. Hanszel.

---

d) Polnische oto-laryngologische Gesellschaft in Lemberg.

Sitzung vom 7. November 1912.

Vorsitzender: Jurasz.
Schriftführer: Wieser.

Jurasz demonstrirt ein anatomisches Präparat einer Zunge mit weit vorgeschrittenen luetischen Veränderungen. Der Pat. starb kurz vor der Sitzung. Er erkrankte vor 7 Jahren an Lues und wurde mit Hg behandelt. Vor 9 Monaten traten Schluckbeschwerden, Halsschmerzen und reichlicher Speichelfluss auf. Abermalige Quecksilberbehandlung blieb ohne Erfolg, und als sich der Kranke am 29. October im Ambulatorium meldete, wurden bei vorhandenem Trismus breite Ulcerationen der Gaumenmandeln und der Zunge constatirt. Der hintere Theil der Zunge zeigte rechterseits einen tiefen Zerfall, der scharf gerändert bis an die rechte vordere Zungengrenze reichte und so den Schwund von etwa $^1/_3$ der ganzen Zunge verursachte. Kehlkopf und Nase ohne Veränderungen. Der Kranke wurde in die dermatologische Klinik aufgenommen, wo er jedoch nach einigen Tagen einer gangränösen Pneumonie erlag. Die vorher vorgenommene Wassermann'sche Reaction fiel positiv aus. Anatomisch weist das Präparat der Zunge viel grössere Veränderungen auf, als es klinisch zu diagnosticiren möglich war. Die Zungenwurzel ist besonders rechts ganz vernichtet und es findet sich hier eine Höhle, in die man ganz bequem ein Hühnerei hineinlegen kann. Erst jetzt kann man an dem Präparat erkennen, dass fast $^2/_3$ der Zunge fehlen. Die Epiglottis und der Kehlkopf sind intact. Mikroskopisch wurde Gumma constatirt.

Die gummösen Geschwülste der Zunge gehören nicht zu den Seltenheiten. Zweckmässig behandelt können sie schwinden, aber vernachlässigt können sie entweder härter werden und lange Zeit als harte Tumoren bestehen, oder sie ulceriren und zerfallen. Der Zerfall ist jedoch gewöhnlich beschränkt, ein so weit vorgeschrittener, wie dieser, ist sicher ein ungewöhnlicher.

Bei der Durchsicht der Literatur fand Redner, dass Harris (1888) bei einem 14jährigen Knaben mit Lues hereditaria zuerst eine Vernichtung des weichen Gaumens und später einen gummösen Zerfall der Zunge beobachtet hat, der zum Schwunde ihres vorderen Teiles führte.

Ueber eine so weit vorgeschrittene Zerstörung wie in unserem Falle wird nirgends berichtet.

Lehm stellt einen Kranken vor mit Infiltrationen der Nasenmuschel und der Nasenscheidewand beiderseits. Der rechte Nasenflügel fehlt. Im Kehlkopfe dicke nicht ulcerirende Wucherungen. Die klinische Diagnose schwankt zwischen Lupus und Scleroma, worüber die noch nicht beendete histologische Untersuchung entscheiden wird.

Wieser stellt einen 33jähr. Mann mit Rhinoscleroma vor. Das Leiden begann vor 6 Jahren mit Nasenverstopfung. Die Nasenbeine sind stark auseinandergedrängt durch einen harten Tumor, der beide Nasenhöhlen ausfüllt und in die Choanen reicht, auf den weichen und harten Gaumen übergeht und sich weiter auf den Oberkiefer fortpflanzt und das Herausfallen der vorderen Zähne verursacht hat.

Sitzung vom 26. November 1912.

Vorsitzender: Jurasz.
Schriftführer: Wieser.

Jurasz stellt eine Kranke mit einer Kiefercyste vor. Die Pat. liess sich vor einem halben Jahre wegen Zahnschmerzen rechts oben 2 Praemolares und den ersten Molarzahn extrahiren. Nachher bildete sich eine Verhärtung der Wange und eine entstellende Schwellung daselbst. Eine Salbenkur blieb ohne Erfolg. Am 9. October stellte sich die Pat. dem Redner vor, er constatirte eine Schwellung der rechten Wange über der Fossa canina von der Grösse einer flachen Pflaume. Auch war eine merkliche Fluctuation vorhanden. Die Verhärtung war auch von der Mundhöhle aus als begrenzter Tumor zu fühlen, auf Druck nicht schmerzhaft. Die Durchleuchtung zeigte eine Verdunkelung der rechten Kieferhöhle. Nach erfolgter Punction ergoss sich eine ziemlich grosse Menge dunkel-braunrother Flüssigkeit. Die Schwellung schwand. Die Cyste wurde von der Fossa canina aus eröffnet und ausgekratzt. Die Behandlung beruhte auf täglicher Ausspülung der Cyste, Einspritzen von Jodtinctur oder Auspinseln der Höhle mit 5proc. Chlorzink.

Da sich im Laufe von 5 Wochen der Process nicht zurückbildete und die Oeffnung sich sehr stark verengt hat, eröffnete J. nochmals breit die Cyste, entfernte Stücke des Cystengewebes, kratzte die Wände mit einem scharfen Löffel aus und tamponirte mit Gaze für einige Tage. Die Ausspülungen dauern fort und die Cystenhöhle scheint sich zu verkleinern und zu heilen. Näheres über die Art der Cyste wird Redner nach Beendigung der histologischen Untersuchung auf einer der späteren Sitzungen berichten. J. bespricht bei dieser Angelegenheit die verschiedenen Formen von Kiefercysten.

Lehm: Vorstellung eines geheilten Falles von Nasenlupus nach Anwendung der Pfannenstill'schen Methode. Die Infiltrationen der Muscheln und der Nasenscheidewand sind geschwunden. Die Nasenschleimhaut ist von normalem Aussehen, und die lupösen Knötchen der äusseren Haut sind gegenüber der genannten Behandlung resistent geblieben.

Spalke bespricht einen Fall eines Highmorsempyems mit Durchbruch der vorderen Knochenwand, mit nachfolgendem Wangenabscess und einer äusseren Wangenfistel (dentalen Ursprungs).

Die 20jähr. Patientin erkrankte im Juli an Kopfschmerzen. Schwellung der linken Wange, Zahnschmerzen und Fieber. Es wurden Umschläge applicirt, worauf die Schwellung theilweise zurückging und die Schmerzen aufhörten, in der

linken Nasenhöhle zeigte sich dagegen ein eitriges Secret. Bis Ende September schwand die Schwellung nicht gänzlich und es traten heftige Zahnschmerzen von Zeit zu Zeit auf. Die Kranke liess sich daher den cariösen 1 Prämolaris extrahiren, wobei die Krone abgebrochen wurde. Anfangs Oktober begann die Schwellung zuzunehmen. Die abgebrochene Wurzel und der II. Prämolaris wurden entfernt, worauf sich reichlich Eiter entleerte. Am 10. October stellte sich Pat. beim Redner vor, der folgenden Zustand constatirte: Starke Schwellung der linken Wange und des linken unteren Augenlides. In der Mitte der Schwellung ist die Haut bläulich roth verfärbt und zeigt eine deutliche Fluctuation. Durch die Wunde des II. Prämolaris lässt sich die Sonde in die Kieferhöhle einführen, wobei sich reichlich Eiter entleert. Eine vorgeschlagene Operation lehnt die Pat. ab. Am 12. November meldete sich Pat. wiederum. Ref. fand die Schwellung der Wange kleiner. Unterhalb des Proc. zygomaticus fand sich eine granulirende Wunde von der Grösse eines Zweihellerstückes, in der Mitte der Wunde eine 3 mm breite Oeffnung, durch die man eine Sonde 8—10 cm tief einführen konnte. Der mittlere Nasengang war mit Eiter gefüllt. Bei der am 18. November ausgeführten Desault-Küster'schen Operation (Jurasz) wurde reichliches Granulationsgewebe und Stücke verdickten Eiters entfernt.

In der Discussion glaubt Jurasz, dass ein solcher Verlauf eines Empyems am häufigsten beim Vorhandensein von Cysten in der Kieferhöhle vorkomme, wobei die wachsende Cyste durch Druck eine Atrophie des Knochens mit nachfolgender Fistelbildung hervorruft.

Litrinowicz zeigt ein mikroskopisches Präparat einer tuberculösen Rachenmandel, die er bei einer 30jähr. Pat. entfernt hatte. Makroskopisch war nur gewöhnliche Hyperplasie zu sehen. Die submaxillaren Lymphdrüsen waren stark geschwollen. Die Blutuntersuchung ergab 13 pCt. eosinophile Lymphocyten vor der Adenotomie, nach derselben 19,5 pCt. bei 10300 beziehungsweise 11900 Leukocyten. Die Diagnose schwankte zwischen Lymphosarcoma tonsillae pharyngeae, Granuloma malignum und Tuberculose. Die histologische Untersuchung ergab zerstreute submiliare Tuberkel im hyperplastischen adenoidalen Gewebe.

Wieser zeigt eine $3^1/_2$ cm lange Nadel mit rothem Faden, die er aus der Glottis einer 19jähr. Bäuerin entfernt hat. Die Nadelspitze sass in der hinteren Kehlkopfwand, das Nadelöhr mit dem Faden in der Commissur.

Wieser.

---

e) Vierunddreissigste Jahresversammlung der American Laryngological Association.

Atlantic City. Mai 1912.

Harris P. Mosher: Anatomie und Chirurgie des Siebbeinlabyrinths.

Redner bespricht die aus den anatomischen Erwägungen sich ergebenden Regeln für die Curettage des Siebbeinlabyrinths und die dabei zu beobachtenden Vorsichtsmaassregeln.

Norval H. Pierce: Bericht über einen Fall von primärem Carcinom der Tuba Eustachii.

Joseph H. Bryan: Fall von Myxofibrom des Nasenrachens.

Es handelte sich um ein 12 jähriges Mädchen, bei dem die Geschwulst nach und nach in allgemeiner Narkose entfernt wurde.

Joseph H. Gibb: Bericht über einen Fall von Nasenrachenfibrom.

Bei einem 13 jährigen Knaben wurde in Aethernarkose die Geschwulst mittels starker Zangen entfernt. Kein Recidiv.

In der Discussion war die allgemeine Ansicht für Entfernung dieser Geschwülste mittels der galvanokaustischen Schlinge.

John H. Mackenzie: Aphthöse Geschwüre in den oberen Luftwegen bei Tuberculose.

M. hat in der Monatsschr. f. Ohrenheilkde. (1881) und in den Verhandlungen der Medical and Chirurgical Faculty of Maryland (1882) eine genaue Beschreibung dieser Geschwüre und ihrer Beziehungen zur Lungentuberculose gegeben. Seine histologischen Untersuchungen ergaben, dass die Geschwüre das Resultat einer umschriebenen, oberflächlichen „diphtherischen" Entzündung der Schleimhaut sind — eine Infiltration der Gewebe mit sehr starker und schneller Zellproliferation, so dass schliesslich Nekrose und Zerstörung der oberflächlichen Schichten eintritt. Nach seiner Ansicht sind diese Geschwüre „die Folge einer ätzenden Wirkung des Sputums aus den Lungen durch Vermittelung unbekannter Bakterien".

Er betrachtet die Ulcerationen sozusagen als Folge einer Inoculation der Schleimhaut mit dem Detritus aus dem zerstörten Lungengewebe, die zu einem Substanzverlust führt, welcher pathologisch verschieden ist von dem tuberculösen Ulcus, wenn er auch einige von dessen Charakteristica besitzt. M. betrachtet diese Ulcerationen nicht als specifisch tuberculöse Producte aus folgenden Gründen: 1. Sie unterscheiden sich histologisch in keiner Hinsicht von ähnlichen Geschwüren, die sich auf der Mucosa nicht-tuberculöser Personen finden. 2. Identische Geschwüre finden sich, wenn auch nicht so häufig und reichlich, auf der Schleimhaut, besonders der Trachea, als secundäre Complication bei anderen Erkrankungen als Lungentuberculose (Lungengangrän, Perforation der Trachea infolge eingeschmolzener Bronchialdrüsen). 3. Man findet auf anderen Schleimhäuten unter gleichen Bedingungen, d. h. wenn in der Nachbarschaft ein langdauernder gangränöser Process besteht, identische Geschwüre, so z. B. in der Vagina bei Gangrän des Uterus.

Joseph L. Goodale: Salvarsan bei tertiärer Syphilis von Nase und Hals.

G.'s Erfahrungen erstrecken sich auf 30 Fälle. In allen wurden intravenöse Injectionen gemacht. Er empfiehlt die Anwendung unter folgenden Bedingungen: wenn eine schnelle Beseitigung der Infectiosität aus socialen und ehelichen Gründen erwünscht ist; in Fällen, die zu mercurieller Stomatitis neigen; bei Patienten, bei denen die Erscheinungen continuirlich wiederkehren; zum Zweck der Diagnosestellung, wenn es unmöglich ist, ein Stück zur Untersuchung zu entnehmen oder

wo schnelle Beseitigung einer als syphilitisch vermutheten Affection wünschenswerth ist, z. B. Gumma der Nasenscheidewand und schliesslich bei den Formen tertiärer Syphilis mit schleichendem und protrahirtem Verlauf, analog den serpiginösen Gummata der Haut.

J. C. Cobb: Salvarsan bei Syphilis in Nase und Hals.

Die Indicationen für die Anwendung des Salvarsans decken sich im wesentlichen mit den von dem Vorredner aufgestellten.

Discussion.

H. L. Wagner (San Francisco) lenkt die Aufmerksamkeit auf die nach Salvarsananwendung beobachteten Seh- und Hörstörungen.

Emil Mayer (New York) macht auf das Neo-Salvarsan aufmerksam, das wahrscheinlich die von dem Vorredner erwähnten bösen Nebenwirkungen nicht haben dürfte. Er wirft die Frage auf, wie bald nach Salvarsangebrauch man zur Operation eines durch Lues bewirkten Defectes schreiten dürfe.

A. B. Trasher (Cincinatti) erwähnt einen Fall von Ulceration in der Nase, bei dem alle anderen Mittel versagten und das nach Salvarsan in 2 Wochen heilte.

J. M. Ingersoll (Cleveland) warnt vor Salvarsananwendung, wenn vor der syphilitischen Infection eine Schädigung des Gehörnerven bestand.

Cobb betrachtet einen Patienten für reif zur Operation, wenn der Wassermann negativ ausfällt.

Chevalier Jackson: Anästhesie zur peroralen Endoskopie.

Bei Oesophagoskopie ist Narkose nur nöthig, wenn der Fremdkörper sehr gross und scharf ist, bei offenen Sicherheitsnadeln und Angelhaken, ebenso bei Verdacht auf Oesophagismus und Spasmus cardiae. Bei grossen Fremdkörpern wird durch die Narkose die Gefahr des Athemstillstandes in Folge Druck des Fremdkörpers auf die Trachea und auf den peripheren nervösen Respirationsmechanismus sehr erheblich vermehrt. Ausser bei intoleranten und ungebärdigen Patienten und bisweilen bei Hysterie, wo allgemeine Anästhesie nothwendig werden kann, sollte die Narkose vermieden werden. Niemals sollte bei kleinen Kindern Cocain gebraucht werden.

H. A. Strain (New Haven) hat bei einem Kind einen Fremdkörper aus dem Bronchus ohne Narkose entfernt.

F. Ingals (Chicago) hat immer geglaubt, dass die Bronchoskopie schmerzhaft sei, hat aber neulich einen Fall ohne jedes Anästheticum anstandslos operiren können.

Emil Mayer (New York) ist niemals genöthigt gewesen, das Rohr, das einmal in den Bronchus eingeführt war, wieder herauszuziehen; wenn starkes Husten auftritt, so genügt die Anwendung eines 2 proc. Cocainsprays.

Jackson schliesst die Discussion mit der Ermahnung, an Stelle der Allgemeinnarkose die Localanästhesie anzuwenden und besonders bei Kindern keine Anästhesie zu gebrauchen.

J. R. French: Die aufrechte Haltung bei Hals- und Nasenoperationen in Aethernarkose.

F. rühmt die Vorzüge der aufrechten Haltung bei den Operationen in Nase und Hals. Es ist auch zur Narkose eine geringere Aethermenge dabei nöthig; ferner ist der Blutverlust geringer.

J. Price Brown: Bösartige Erkrankungen der oberen Luftwege, nebst Bemerkungen über zwei Fälle von Epitheliom.

Sieben der mitgetheilten Fälle waren Nasensarkome, ein Sarkom des Larynx, ein Epitheliom des Pharynx und ein Epitheliom des Nasenflügels. Alle diese Fälle wurden mittelst interner Methoden behandelt, hauptsächlich mittelst oft wiederholter Anwendung der Galvanokaustik, wobei so viel wie möglich von Geschwulst zerstört wurde. Die Patienten wurden, nachdem die Behandlung zum Abschluss gekommen war, längere Zeit in Beobachtung gehalten und sobald sich Recidive zeigten, wurden sie auf dieselbe Art behandelt. Das Resultat war, dass von den 7 Fällen von Nasensarkom nur einer tödtlich endete. Bei dem Larynxsarkom wird der Kampf zwischen Galvanokaustik und Tumor seit 15 Monaten geführt; zuletzt ist noch die Hülfe des Radiums mit herangezogen worden. In dem Fall von Epitheliom des Pharynx war Pat. noch am Leben, die Prognose jedoch absolut infaust. Bei dem Fall von Epitheliom auf der Innenfläche des Nasenflügels hofft B. von der combinirten Anwendung von Galvanokaustik und Radium ein ausgezeichnetes Resultat.

John R. Winslow: Ein Fall von Bronchoskopie bei multiplen Fremdkörpern (Mandelschale und -Kern).

Ein 2jähriges Mädchen aspirirte beim Spielen ein Stück Mandel; es wurde sofort blau. Die Mutter entfernte mit dem Finger ein grosses Stück Mandel, worauf die Athmung besser wurde. Jedoch litt das Kind seitdem zeitweise an erschwerter Athmung und wurde gelegentlich cyanotisch. Das Kind wurde in das Hospital aufgenommen und mittelst der unteren Bronchoskopie wurde ein Stück Mandel aus dem linken Unterlappenbronchus entfernt. Am folgenden Tage setzte eine Bronchopneumonie ein, die acht Tage dauerte. Am 13. Tage wurde Patientin in leidlich gutem Zustand aus dem Krankenhaus entlassen. Nach einem Monat Influenzapneumonie; im Anschluss an diese öffnete sich die Tracheotomiewunde spontan und Patientin hustete ein 6 $\times$ 3 mm grosses Mandelstück aus.

W. erörtert im Anschluss daran die bei kleinen Kindern zu wählenden bronchoskopischen Methoden und kommt zu dem Ergebniss, dass bei ihnen die untere Bronchoskopie den Vorzug verdient, indem er an die häufigen Fälle erinnert, wo auch nach erfolgreicher oberer Bronchoskopie doch schliesslich wegen Glottisödem noch die Tracheotomie nöthig wird.

Emil Mayer (New York) erwähnt zwei Fälle von Erdnuss (pea-nut) in den Bronchien und spricht über die Schwierigkeit der Entfernung dieser Fremdkörper, da sie leicht macerirt werden und aus der Zange schlüpfen.

Jackson (Pittsburgh) constatirt, dass Trauma des Kehlkopfs bei der Einführung und Ueberdehnung in Folge zu grosser Röhren die beiden Momente darstellen, durch die nachträgliches Oedem bedingt wird.

John O. Roe: Orbitalabscess in Folge Infection vom Siebbein aus.

Die Vortheile der Eröffnung von innen her sind, dass eine directe Oeffnung in denjenigen Theil der Orbita gemacht wird, wo im Allgemeinen Abscesse und Phlegmonen localisirt sind. Wir verfolgen den Krankheitsherd von seiner Quelle her und entfernen zugleich diese Quelle in den Siebbeinzellen. Es entsteht keine Entstellung und wir haben gute Drainage, die, wenn nöthig, auch auf die Stirnhöhle ausgedehnt werden kann.

Greenfield Sluder: Einige anatomische und klinische Beziehungen des Sinus cavernosus, sowie des III., IV., V., VI. Nerven und des Nervus Videanus.

S. demonstrirt verschiedene Schnitte der Keilbeinhöhle; er behauptet, im Stande zu sein, nach der Art des Schmerzes die afficirte Region zu differenciren.

Er sagt: „Wo die Diagnose auf Keilbeinempyem lautet und das Symptom in Schmerzen in der Augenbrauengegend besteht, da besteht Entzündung oder Reizung des ersten Astes des V. Hirnnerven. Wo Schmerzen im Oberkiefer und in den Zähnen sind, ist der zweite Ast des Nerv. quintus betheiligt, sind die Schmerzen im Unterkiefer und in den Zähnen und besteht gleichzeitig ein Gefühl von Steifigkeit im Kiefer auf derselben Seite, so handelt es sich um den dritten Ast des Nerven." S. berichtet über mehrere Fälle, in denen die Behandlung in Injectionen in die Keilbeinhöhle bestand. Er meint, dass viele als Migräne bezeichnete Fälle zum Mindesten als Keilbeinhöhlenentzündung beginnen.

Emil Mayer (New York) bittet den Redner, seine Methode der Sphenoidalapplication anzugeben.

Mosher (Boston) hebt als besonders interessant folgende Punkte aus Sluder's Vortrag hervor: Erstens die Möglichkeit, durch die Keilbeinhöhle die verschiedenen Aeste des V. Hirnnerven zu anästhesiren, zweitens, dass heftige und langdauernde neuralgische Symptome bestehen können, ohne dass in der Keilbeinhöhle oder den hinteren Siebbeinzellen Eiter vorhanden ist, drittens, dass der Shock, der bei gewissen Operationen an den hinteren Siebbeinzellen folgt, durch eine vorhergehende Cocainisirung des Meckel'schen Ganglion vermieden werden kann.

Sluder erwidert, dass die Keilbeinhöhle eröffnet werden muss, um zugänglich gemacht werden zu können.

John M. Ingersoll: Morphologische Veränderungen in Nase und Gesicht in Folge Entwickelung des Gehirns.

I. erläutert seinen Vortrag durch Lichtbilder, welche die Entwickelung des Gehirns bei Fischen, Reptilien, Vögeln und beim Menschen erläutern.

D. Bryson Delavan: Traumatische Lähmung des rechten Nervus recurrens. Bericht über zwei Fälle.

23jährige Frau mit eigenthümlich heiserer Stimme. Als 12jähriges Mädchen fiel sie so, dass der Hals auf eine Eisenbahnschiene aufschlug. Unmittelbar danach hatte sie ihre Stimme verloren.

Sie wurde zu verschiedenen Malen und an verschiedenen Orten behandelt, jedoch ohne Resultat. Nach 11 Jahren wurde sie von Delavan untersucht. Laryngoskopische Untersuchung zeigte die rechte Kehlkopfhälfte fixirt. Das rechte Stimmband war deutlich verkürzt. Die ganze rechte Kehlkopfhälfte erschien contrahirt. Die linke Seite war ganz normal.

William E. Casselberry: Die Frage der postoperativen Tamponade.

Die Antipathie gegen Nasentamponade im Allgemeinen und gegen postoperative Nasentamponade im Besonderen gründet sich auf die Anwendung der Gaze, die in der That ganz verlassen werden sollte; die Bedenken treffen aber nicht zu auf die aseptischen Gummitampons mit glatter nicht absorbirender Oberfläche. In keinem seiner zahlreichen Fälle von Operation bei Spenoethmoidempyem oder anderen Nebenhöhleneiterungen trat Infection oder Sepsis ein. In allen Fällen wurde der Tampon nach 15—18 Stunden entfernt und in nicht mehr als 5 pCt. der Fälle war es nothwendig, ihn für gleich lange Zeit wieder einzulegen.

M. Kelly Simpson: Zwei Fälle von weissen exsudativen Kehlkopfgeschwülsten a) maligne, b) tuberculöse.

In beiden Fällen war eine grosse weisse Masse im Larynx vorhanden, beide wurden operirt und in beiden glaubte man, dass es sich um maligne Neubildung handelte. Jedoch stellte sich heraus, dass es sich in dem einen Falle um Tuberculose handele. Beide Fälle glichen sich auch insofern, als unmittelbar nach der Operation eine intralaryngeale Reizung auftrat, die sich Anfangs durch Husten und reichliche Granulationsbildung und darauf durch Knorpelabscess kundgab. S. sieht die Ursache für diese Erscheinung in einer Reizung durch das angewandte Radium. S. glaubt daher, Vorsicht bei der Anwendung des Radiums empfehlen zu müssen.

Emil Mayer giebt einen vorläufigen Bericht über den gegenwärtigen Stand der Ozaenasammelforschung in Amerika.

Die Versammlung beschliesst ihre Zustimmung zu der Sammelforschung.

Otto J. Freer: Die Anatomie der Septumverbiegungen.

F. sagt, dass allein die anatomische Natur der Verbiegungen den Weg angiebt zu ihrer Correction. Er theilt die Verbiegungen in traumatische und durch Wachsthumsstörungen entstandene. Die letzteren sind die weitaus häufigeren, und zwar ist die häufigste von ihnen die Crista lateralis. F. giebt eine detaillirte Schilderung der Entstehung der verschiedenen Verbiegungsformen.

W. Scott Renner: Die mittlere Muschel; Indicationen für ihre Behandlung oder Entfernung.

In einer grossen Anzahl von Fällen lässt sich ein bestimmter Symptomencomplex, wenn nicht andere organische Ursachen für ihn auffindbar sind, auf Vergrösserung der mittleren Muschel zurückführen. Unter 300 in den letzten 6 Jahren beobachteten derartigen Fällen waren Stirnkopfschmerzen und Augenschmerzen am häufigsten, dann paroxysmaler Schnupfen, drittens Fälle von acuten Störungen seitens der Stirnhöhle und des Siebbeins. Andere Symptome waren: Reflexhusten, zeitweilig Asthma, Schwindel, Spasmus der Augenmuskeln. Die Entfernung der mittleren Muschel war indicirt wegen dieser Symptome und wegen Ventilation und Drainage der Nasennebenhöhlen. In ein anderes Capitel gehört die Entfernung der Muschel wegen chronischer Empyeme und Polypenbildung.

C. W. Richardson (Washington): Man muss stets daran denken, dass in vielen Fällen constitutionelle Störungen für die localen Befunde in der Nase verantwortlich zu machen sind.

Emil Mayer erwähnt einen Fall von intensiven Kopfschmerzen von ausgesprochen periodischem Charakter bei vergrösserter mittlerer Muschel; es trat ohne Operation durch innere Behandlung Heilung ein.

Thomas H. Halsted: Angina Vincenti; ihre Häufigkeit und die Wichtigkeit ihrer Diagnose.

Die fusiformen Bacillen in Gemeinschaft mit den Spirochäten und Spirillen können überall im Körper als Krankheitserreger wirken, indem sie auf der Schleimhaut Pseudomembranen und in den tieferen Theilen Abscesse hervorbringen. Hospitalbrand und Noma werden durch diese Mikroorganismen verursacht; ebenso sind viele Fälle von phagedänischen Geschwüren an den Genitalien, sowie Lungen- und Milzabscesse berichtet worden; kürzlich wurde auch ein Fall von Appendicitis mit nachfolgender Pyämie und multiplen Abscessen an allen Theilen des Körpers als durch den Bac. fusiformis entstanden von Tunicliffe beschrieben. Viele Fälle von Bronchitis, Laryngitis, Bronchopneumonie, manche Fälle von Mastoiditis sind auf den Bac. fusiformis zurückzuführen. Die typische Angina Vincenti in der Mundrachenhöhle kommt in zwei Formen vor: die eine gleicht aufs Haar der Diphtherie, die andere den syphilitischen Geschwüren. Eine positive Diagnose kann nur gestellt werden auf Grund eines Ausstrichpräparates von der Unterfläche der Pseudomembran oder von der ulcerirten Fläche selbst. Ausstriche von der Oberfläche der Pseudomembran brauchen kein Resultat zu geben. Die Organismen, welche anaerob sind, wachsen auf gewöhnlichen Nährböden nicht, sie werden daher von den Bakteriologen bei der Untersuchung auf vermeintliche Diphtherie gewöhnlich nicht gefunden. Die Krankheit ist häufiger, als man gewöhnlich annimmt. H. ist der Ansicht, dass 20—25 pCt. der klinisch als Diphtherie bezeichneten Fälle, bei denen der Bakteriologe nichts findet, Angina Vincenti seien.

Coakley (New York) erwähnt einen tödtlich verlaufenen Fall und räth, in Fällen von nekrotischem Zerfall alles nekrotische Gewebe sorgfältig zu entfernen.

Sluder (St. Louis) hat mit befriedigendem Erfolg gesättigte Lösung von Methylviolett gebraucht.

Shurly (Detroit) hält Vaccinebehandlung für anwendbar.

Swain (New Haven) hat 10proc. Chlorzinklösung gebraucht. Er glaubt, dass die Krankheit durch Trinkgefässe übertragen wird.

Theisen (Albany) berichtet gleichfalls über einen tödtlich verlaufenen Fall.

Pierce (Chicago) hat gute Erfolge mit Formol 1 : 30 gehabt.

Halsted sagt, die Schwierigkeit der Vaccinebehandlung liegt darin, dass die Mikroorganismen schwer auf den Nährböden wachsen.

Chas. W. Richardson: Complicationen der Tonsillectomie.

R. zählt als in der Literatur oder durch mündliche Mittheilung berichtet, auf: 50 Fälle von Hämorrhagie, 19 davon tödtlich; zwei interessante Fälle von Hyperpyrexie; Lungeninfarct; allgemeine Sepsis; Emphysem; Infection der Lungen und der serösen Häute; nervöse Störungen; Status lymphaticus. Von letzterem erwähnt R. zwei interessante Fälle der Doctoren Packard und Harris. Er erwähnt ferner die localen Störungen, ferner die Folgen der Gaumenbögenverletzungen, auf die Hudson Makuen aufmerksam gemacht hat. Unclassificirt sind 12 von Crokett aus der Umgebung Bostons in den letzten $1^1/_2$ Jahren mitgetheilte Todesfälle. R. kommt zu folgendem Schluss: „Die Tonsillectomie kann sehr ernstliche, ja tödtliche Complicationen aufweisen. Das verpflichtet uns, in unserer Technik sehr sorgfältig und in der Nachbehandlung sehr vorsichtig zu sein. Tonsillectomie sollte daher als eine grössere Operation betrachtet und der Patient mit aller Sorgfalt umgeben werden, die ihm nach einer grösseren Operation zu Theil werden muss.“ R. meint, die Operation werde zu oft aus prophylaktischen Gründen gemacht; er steht auf dem Standpunkt, dass wahrscheinlich nur wenig Allgemeininfectionen ihren Eintritt durch die Tonsillen nehmen; in jedem besonderen Fall jedoch müssen wir uns wirklich davon überzeugt haben, dass die Tonsillen wirklich an der Infection schuld sind, bevor wir sie opfern.

Beck (Chicago) empfiehlt die Sluder'sche Operationsmethode, die vor Nachblutungen schützt. Er erwähnt einen Fall von Lungenabscess, der als Folge einer Tonsillectomie angesehen wurde, ferner einen Fall von scharlachähnlichem Exanthem nach Tonsillectomie.

Bryan (Washington) meint, dass das Publicum zu der Anschauung erzogen werden müsse, dass die Tonsillectomie eine ernste Operation sei. Sie sollte nur von geübter und geschickter Hand vorgenommen werden.

Freer (Chicago): Das Ausschälen der Tonsille mittelst stumpfer Instrumente oder stumpfer Gewalt sei in hohem Grade verantwortlich für die Blutung und Sepsis nach Tonsillectomie; er befürwortet warm die Anwendung des scharfen Messers; er meint, das Tonsillargewebe müsse genau so behandelt werden, als wenn es sich für den Chirurgen um die Operation eines Leistenbubo handele. Er hat so bei hunderten von Fällen weder Blutungen noch Sepsis oder heftige Reaction zu verzeichnen gehabt.

Delavan (New York) lenkt die Aufmerksamkeit auf die Geständnisse eines Paediaters in seiner Stadt, dass er in 800 Fällen die Mandeln entfernt habe und jede geschwollene Mandel beim Kinde excidire. D. verurtheilt diese Handlungsweise auf das schärfste.

Ballenger (Chicago) meint, dass Richardson's Vortrag die Dinge in etwas zu alarmirender Weise darstelle. Als die sicherste Methode betrachtet er, die Tonsille erst partiell loszulösen und dann die Schlinge anzuwenden, obwohl auch nach diesem Verfahren Blutungen auftreten können. Er berichtet über einen Fall seiner Praxis, wo sich im Anschluss an die Operation allgemeine Sepsis entwickelte, die den Patienten für 6 Monate darniederwarf, obwohl schliesslich doch Heilung eintrat. B. hat auch bei der Sluder'schen Methode Blutungen gehabt; möglicher Weise beruhe dies darauf, dass zur Zeit, als er diese Operation machte, er sich der Aethernarkose bediente, woraus er schliesst, dass die Blutung durch den erhöhten Blutdruck bedingt war.

Roe (Rochester) hat als Folge von Verstümmelung nach Tonsillectomie in zwei Fällen vollkommene Adhäsion des weichen Gaumens und des Pharynx gesehen. Er berichtet ferner über einen tödtlich verlaufenen Fall bei einem Hämophilen; es trat keine unmittelbare Blutung ein, sondern ein continuirliches Sickern, das auf keine Weise gestillt werden konnte.

Price-Brown (Toronto) warnt vor Tonsillaroperationen bei Patienten mit chronischem Rheumatismus. Er berichtet über einen Fall, in dem eine schwere Nachblutung auftrat; er meint, dass diese zurückzuführen gewesen sei auf Arteriosklerose.

Winslow (Baltimore) empfiehlt als sicheren Schutz gegen Blutungen, jedes blutende Gefäss zu unterbinden. Er hat in manchen Fällen nach Tonsillectomie ein Gefühl von Trockenheit im Halse constatirt.

Sluder (St. Louis) macht darauf aufmerksam, dass das von ihm ursprünglich angegebene Instrument eine Guillotine mit stumpfer Schneide darstellte, dass aber bedauerlicher Weise der Instrumentenmacher ein scharfes Instrument auf den Markt bringe. Er selbst benutze dieses Instrument nicht, sondern eine Modification desselben. Er hat in 300 Fällen von Kindern im Alter von $2^1/_2$ bis 15 Jahren das bei seiner Operation verlorene Blut gemessen und der Durchschnittsverlust betrug 70 ccm nach Entfernung der Tonsillen mitsammt Adenoiden. Im St. Louis-Kinderhospital, wo jeden Freitag ungefähr 10 Kinder so operirt werden, wird jedesmal vor der Operation geprüft, wie lange Zeit das Blut zum Gerinnen braucht. Es wird an derselben Stelle des Ohrläppchens mit demselben Instrument eingestochen und dieselbe Methode zur Bestimmung der Gerinnungszeit angewendet; auf diese Weise kann man nicht nur schätzen, welche Blutmenge nach Stich mit demselben Instrument an derselben Stelle austritt, sondern auch, wie sich in jedem Fall die Retractionsfähigkeit der Gefässe verhält. Er operirt kein Kind, bei dem die Gerinnungszeit weniger als $1^1/_2$ Minuten beträgt. Ein solches von ihm zurückgewiesenes Kind wurde an anderer Stelle operirt und blutete sich fast zu Tode.

Wagner (San Francisco) operirte ein Kind zwei Jahre, nachdem es Diphtherie überstanden hatte. Bakteriologische Untersuchung des Pharynx war vor der Operation gemacht worden und war negativ. Nach der Operation bekam der Pat. Diphtheria faucium. Die Infection ging aus von einer kleinen nekrotisirten Stelle an der mittleren Muschel, in der sich noch Diphtheriebacillen fanden. Er empfiehlt gleichfalls Ligatur der einzelnen blutenden Gefässe. In einem Falle eines 19jähr. Patienten war die Gerinnungsprobe befriedigend ausgefallen und doch blutete Pat. nach der Operation schrecklich.

Chenery (Boston) erwähnt den Fall eines 35jährigen Alkoholikers, bei dem 12 Stunden nach der Operation eine heftige Nachblutung auftrat. Er hat als wirksames Mittel gegen Blutungen Meerschweinchenserum gefunden.

Harmon Smith (New York) sagt, dass im Laboratorium des Manhattan Eye, Ear, Nose and Throat Hospital eine Thrombokinase hergestellt werde, die bei sickernden Blutungen sehr nützlich sei, aber bei heftigen Blutungen nichts nütze.

Pierce (Chicago) berichtet über den Fall eines Mannes, der, nachdem er den Tag über geistige Getränke genossen hatte, abends von seinem Arzte tonsillektomirt wurde und sich in der Nacht verblutete.

B. R. Shurly (Detroit) hat in einem Falle, um einer Blutung vorzubeugen, Calciumlactat vor der Operation gegeben und nachher die schrecklichste Blutung gesehen, die er je erlebt hat.

Henry L. Wagner: Beitrag zur Pathogenese des Bronchialasthmas.

W. macht auf einen Vortrag von S. J. Meltzer aufmerksam, nach welchem Asthma als das Resultat einer Anaphylaxie aufgefasst werden kann, es sich um eine Ueberempfindlichkeit gegen eine specifische Substanz handele und die Anfälle aus der toxischen Wirkung dieser Substanz resultire. Man solle in der Anwendung von Antitoxinen bei Personen, in deren Anamnese Asthma eine Rolle spiele, äusserst vorsichtig sein.

Zum Vorsitzenden des nächsten Congresses, der in Washington stattfinden soll, wird S. George A. Leland (Boston), zu Vicepräsidenten A. W. Watson (Philadelphia) und D. W. Scott Renner (Buffalo) gewählt, zum Schriftführer Harmon Smith (New York). Emil Mayer.

III. Briefkasten.

XVII. Internationaler medicinischer Congress, London 1913.

Wie uns mitgetheilt wird, sind die Vorbereitungen für den Congress in bestem Gange. Das ausführliche Verzeichniss der angemeldeten Vorträge wird nicht vor dem 1. April verschickt werden können. Wer noch Vorträge anzumelden

wünscht, wird ersucht, eine Abschrift seines Manuscripts vor diesem Datum an den Secretär der Section einzusenden; in jedem Falle muss das vollständige Manuscript vor dem 1. Juli in dessen Händen sein.

Secretär der Section XV Rhinologie und Laryngologie ist:

Dr. Douglas Harmer,
45 Weymouth Street, London W.

Verein Deutscher Laryngologen.

Am 7. und 8. Mai findet in **Stuttgart** die 20. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen statt.

Die Unterzeichneten bitten höflichst, etwa beabsichtigte (noch nicht anderwärts publicirte) Vorträge oder Demonstrationen bis zum 1. April beim Schriftführer anzumelden. An diesen sind auch Meldungen zur Mitgliedschaft zu richten.

Das definitive Programm wird Mitte April versandt werden. Die Herren Mitglieder werden gebeten, etwaige Aenderungen ihrer Adresse dem Schriftführer mittheilen zu wollen.

Siebenmann,
Basel.
Vorsitzender.

Richard Hoffmann,
Dresden 1, Grunaer Strasse 8 I.
Schriftführer.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIX. Berlin, April. 1913. No. 4.

I. Die „Semon-Lectures“ der Universität London, 1913.[1])

Gehalten von Dr. P. McBride.

Sir Felix Semon; sein Lebenswerk und dessen Einfluss auf die Laryngologie.

Erste Vorlesung: Sir Felix Semon, der Mann.

Als das Comité mich aufforderte, diese Vorlesungen über Sir Felix Semon's Lebenswerk und dessen Einfluss auf die Laryngologie zu halten, würdigte ich in vollem Masse die mir damit erwiesene Ehre, habe aber auch die Verantwortlichkeit, die ich übernahm, keineswegs unterschätzt. Ist doch diese Vorlesung nicht nur die erste Semon-Vorlesung, sie ist — wenn ich nicht irre — die erste jemals dieser Art hierzulande gehaltene überhaupt.

1) Wie erinnerlich hatte Sir Felix Semon eine ihm bei Gelegenheit seines Rücktritts von zahlreichen Verehrern und Freunden aus ärztlichen und Laienkreisen dargebrachte Ehrengabe der Universität London zur Begründung einer Stiftung für Vorträge aus dem Gebiet der Laryngologie übergeben. Diese Stiftung wurde von der Universität zur Einrichtung einer „Semon Lectureship“ bestimmt. Zum ersten „Semon Lecturer in Laryngology“ wurde P. McBride ausersehen und er wählte sich als Thema für die beiden Vorträge, mit denen am 22. und 24. Januar d. J. im University-College zu London die neue Institution eingeweiht wurde: „Sir Felix Semon. His work and its influence on Laryngology“. Die Vorträge sind im Journal of Laryngology erschienen. Wir hoffen, dass es die Leser dieses Blattes, das Semon's Namen trägt, mit Freuden begrüssen werden, wenn wir auch Ihnen in deutscher Uebersetzung diese Vorträge hier zugänglich machen. F.

Betrachtet man den Einfluss, den Sir Felix Semon auf die Fortschritte der Laryngologie ausgeübt hat, so ergiebt sich von selbst eine Eintheilung des Themas in zwei Theile: Erstens der Mann, zweitens seine Schriften. Wenn auch die letzteren, sowohl diejenigen, welche rein wissenschaftliche Fragen behandeln, wie solche, die die Hebung des Spezialfaches zum Ziele haben, von höchstem Werth sind, so glaube ich doch, dass sie ohne die ausgesprochene und höchst bemerkenswerthe Individualität ihres Verfassers nicht eine derartige Bedeutung erlangt hätten. Ich muss Sie daher bitten, mir bei Betrachtung einiger historischer und biographischer Details zu folgen.

Felix Semon wurde als ältester Sohn des Fondsmaklers S. J. Semon im Jahre 1849 in Danzig geboren. Als seine Familie nach Berlin übersiedelte, erhielt er seine Schulbildung auf dem Friedrich-Gymnasium daselbst. Er genoss den grossen Vorzug, von Prof. Laas unterrichtet zu werden, der später aus seiner Stellung als Schullehrer direkt in die eines Professors der Philologie an der Universität Strassburg berufen wurde. Diesem Lehrer verdankt Semon viel; um seine eigenen Worte zu gebrauchen, ist er der Ansicht, dass, wenn er gelernt hat, logisch zu denken und schreiben, er dies fast ganz dem energischen Unterricht dieses Lehrers verdanke. Nach Absolvierung der Abgangsprüfung ging er nach Heidelberg und begann seine medicinischen Studien unter Helmholtz, Kirchhoff und Bunsen. Ein Unfall zwang ihn jedoch bald, seinen Studiengang in Berlin fortzusetzen. Dieser erlitt wiederum eine Unterbrechung durch den deutsch-französischen Krieg, an dem er als Einjährig-Freiwilliger im 2. Garde-Ulanenregiment theilnahm. Er war bei den Belagerungen von Metz und Paris und bei den Schlachten von Amiens, Bapaume und St. Quentin gegenwärtig, erhielt die Kriegsmedaille mit fünf Spangen und wurde mit der Qualification als Reserveoffizier entlassen. Als er im Jahre 1871 nach Berlin zurückkehrte, hatte er noch 3 Monate zu dienen und es ist bezeichnend für seine Energie und seine Lust an körperlichen Uebungen, dass auf sein dringendes Ansuchen ihm gestattet wurde, Remonte zu reiten. Mittlerweile hatte er seine medicinischen Studien wieder aufgenommen. Er wurde im Jahre 1872 zum Doctor promovirt und bestand im folgenden Jahr sein Staatsexamen, um dann in Paris, Wien und London weiter zu studiren. In Wien besuchte er die Klinik von Stoerk, und in London besuchte er regelmässig das Golden Square Throat Hospital. Das grosse daselbst vorhandene Material und das Interesse, das ihm die Beschäftigung mit der Laryngologie einflösste, bestimmten ihn zu dem Entschluss, sich selbst den Krankheiten des Halses zu widmen. Im Jahre 1876 wurde er Mitglied des College of Physicians, wurde bald darauf als Arzt am Golden Square Throat Hospital angestellt und begann seine Praxis in London auszuüben.

Im Jahre 1879 that Semon einen Schritt, der für seine ganze Zukunft von guter Bedeutung sein sollte, indem er eine ebenso treffliche wie anmutige Dame, Frl. Redeker, heiratete. Wir alle kennen Lady Semon als hervorragende Sängerin, viele haben sie als liebenswürdige und taktvolle Wirthin schätzen gelernt; wem aber vergönnt war, sie näher kennen zu lernen, dem werden diese Vorzüge belanglos erscheinen, verglichen mit ihren Eigenschaften als Gattin und Mutter. Sie vereinigt in sich die selten mit einander verbundenen Gaben der Häuslichkeit und Kunst, grosser Menschenkenntniss und Menschenfreundlichkeit, gründlicher Welterfahrenheit und wahrer Nächstenliebe. Es ist also keine blosse Redensart, wenn man sagt, dass es für Semon's Zukunft ein hohes Glück war, dass er früh schon eine solche Gefährtin sich gewann.

Während er auf Patienten wartete, ging er nicht müssig. Ausser dass er den ersten Teil von Morell Mackenzie's grossem Werk in's Deutsche übersetzte, wobei er in Fussnoten eine grosse Menge wertvoller Zusätze aus seiner eigenen Feder brachte, fand er noch Zeit, viele interessante Fälle mitzutheilen und einige wichtigere Arbeiten vor 1881 zu veröffentlichen. Eine von diesen handelte von den mechanischen Functionsstörungen des Crico-Arytaenoidgelenks — ein Thema, was zwar schon früher von verschiedenen Autoren beachtet und erwähnt, aber nicht systematisch bearbeitet worden war, bis Semon es aufnahm. Beiläufig möchte ich bemerken, dass — während seine Schriften im Ganzen sich eines grossen Leserkreises und allgemeiner Anerkennung erfreuten — grade diese Arbeit nicht die Aufmerksamkeit gefunden hat, die sie zweifellos verdient. Ich habe bisher absichtlich nur von Semon's literarischer Laufbahn vor 1881 gesprochen; denn in diesem Jahr fand der Internationale Medicinische Congress in London statt und bei dieser Gelegenheit that Semon den ersten jener zahlreichen Schritte, deren Endziel war, die Stellung der Laryngologie zu heben. Als er gelegentlich eines Diners im Jahre 1880 einer Unterhaltung über den kommenden Congress beiwohnte, fragte er den anwesenden Generalsecretär Mr., später Sir William MacCormac, ob in dem vorgesehenen Programm auch die Laryngologie berücksichtigt sei. Die Antwort fiel negativ aus; jedoch erging gleichzeitig an Semon eine Einladung, sich zu einer Erörterung über den Gegenstand einzufinden. Ich möchte nicht alte Wunden aufreissen noch an Dinge rühren, die peinliche Erinnerungen aufwecken könnten. Es mag genügen, wenn ich sage, dass dank Semon's Energie und Beharrlichkeit die Specialität soweit anerkannt wurde, dass man ihr eine Subsection unter dem Vorsitz von Sir George Johnson einräumte, der gleichzeitig ein ausgezeichneter innerer Arzt wie eine anerkannte Autorität auf dem Gebiet der Halskrankheiten war; das Schriftführeramt wurde Semon, de Havilland Hall und

T. J. Walker aus Peterborough übertragen. Der sehr grosse Erfolg der Sitzungen der Subsection sprach für die wirksame Amtsführung der Genannten; wären nicht besondere Zeitumstände für die Laryngologie in Betracht gekommen, so würde wahrscheinlich nicht eine Subsection, sondern eine Vollsection errichtet worden sein.

Ueber Semon's weitere Arbeiten, die wissenschaftlichen sowohl wie diejenigen, die sich mit der Hebung der Stellung der Laryngologie beschäftigen, werde ich später sprechen. Ich habe nur erwähnt, was er dazu beigetragen und einen wie wesentlichen Einfluss er darauf gehabt, dass sein Specialfach bei den Internationalen Congressen Anerkennung fand, um zu zeigen, dass er in der Zeit von 1877, wo er als junger und unbekannter Ausländer zu practiciren begann, bis 1881 vieles erreicht hat. Dieser auffallend schnelle Aufstieg zu einer einflussreichen Stellung wird um so überraschender, wenn man bedenkt, dass zu jener Zeit die Laryngologie sich geringen Ansehens erfreute und dass unter den führenden Männern der Medicin die Neigung bestand, nicht nur von der Specialität verächtlich zu sprechen, sondern diese Geringschätzung auch auf diejenigen, die sie ausübten, zu übertragen. Man muss jedoch bedenken, dass diese Anschauung, die bei den führenden Geistern in der Medicin bestand, vielleicht nicht ganz ungerechtfertigt war. Das Specialfach war noch jung, und wir alle müssen zugeben, dass der Specialismus an sich zu Missbräuchen nicht nur von Seiten der Gewissenlosen, sondern auch der Leichtgläubigen führt. Während jene unbedenklich das neue Gebiet zu ihrem eigenen Nutzen ausbeuten, kann es vorkommen, dass diese darum in Fehler verfallen, weil es ihnen an jenen kritischen und logischen Fähigkeiten mangelt, die einen so wertvollen Schutz vor Uebertreibungen darstellen. Es konnte dies in gewissem Umfang eine Erklärung geben für die etwas unsichere Stellung der Laryngologie, es ist aber zweifellos, dass — besonders was London und Edinburgh betrifft — die Lehrkörper und Krankenhäuser schweren Tadel verdienten wegen der allgemeinen Gleichgültigkeit, die sie gegen diese und andere Specialfächer an den Tag legten. In London bestanden an einigen der Hauptkrankenhäuser überhaupt keine Halsabtheilungen und bei den meisten, wo solche vorhanden waren, befolgte man bei Anstellung des dirigirenden Arztes eine Methode, die mehr nach einer Posse, als nach gesundem Menschenverstand klingt. Der verstorbene Sir Henry Butlin berichtet, dass, als ein Laryngologe für das St. Bartholomew's Hospital gebraucht wurde, keiner der chirurgischen Assistenten sich dazu bereit fand, es zu übernehmen, worauf der Vorsitzende sagte: „Gut, dann muss es Butlin übernehmen. Er ist der Jüngste und er muss es thun". Nun — wir wissen alle, dass Sir Henry später eine der maassgebenden Autoritäten auf dem Gebiete der Halskrankheiten wurde, dadurch wird aber jene Methode der

Anstellung nicht gerechtfertigt. So wurde an den meisten der führenden Londoner Lehrinstitute die Halsabtheilung von einem der chirurgischen oder inneren Assistenten versehen, der oft grade dann zu einer anderen Thätigkeit überging, wenn er etwas von Laryngologie zu verstehen begonnen hatte. In der Edinburgh Royal Infirmary war bis zum Jahre 1883 absolut nichts für Specialbehandlung von Hals- und Ohrenkrankheiten vorgesehen. Es war die Folge dieses Standes der Dinge in London, dass zahlreiche mehr oder minder private Krankenhäuser gegründet wurden, deren Aerzte jene Schulung und Kritik bei weitem entbehren liessen, die eine Anstellung an einem grossen öffentlichen Hospital gewährleistet; von diesen ist das Publicum, das Behandlung sucht, und die Studenten, die unterrichtet sein möchten, in hohem Grade abhängig. In Edinburgh fanden unter den Auspicien des Royal College Vorlesungen statt, ebenso wurde in Polikliniken und im Eye Ear and Throat Hospital Klinik abgehalten, aber all diese Institute lagen von der Universität weit entfernt und da die Universitätsbehörden in Edinburgh sich niemals beeilt haben, irgendwelche Neuerungen anzunehmen, so machten sich auch nur sehr wenige Studenten und Doctoren die Vorlesungen und den klinischen Unterricht zu nutze. Kurz, wenn möglicherweise auch die Zurückhaltung der leitenden Kreise gegen unser Specialfach bis zu einer gewissen Grenze gerechtfertigt gewesen sein mag durch das Verhalten einiger führenden Halsspecialisten, so hatte doch die widersinnig conservative Stellung, die unsere Lehrkörper einnahmen, im Gefolge, dass an einer genügenden Zahl Specialisten von anerkanntem Range Mangel war.

Ich habe diese Abschweifung gemacht, um zu zeigen, mit welchen Schwierigkeiten Semon am Beginn seiner Laufbahn zu kämpfen hatte, nicht nur, weil er Ausländer war und weil ihm anfangs die vollkommene Vertrautheit mit unserer Sprache fehlte, sondern vor allen Dingen wegen der äusserst unbefriedigenden Stellung der Laryngologie. Wenn wir dann einen kurzen Blick auf sein schnelles Vorwärtskommen werfen, so könnte sich manchem von uns die Betrachtung aufdrängen: Wenn er mit solcher Schnelligkeit vorwärts kam, obwohl alle jene Umstände gegen ihn waren, wie wäre es geworden ohne diese Schwierigkeiten? — Es mag jedoch sein, dass grade diese Schwierigkeiten, denen er die Stirn zu bieten hatte, den Sporn darstellten, der seine Energie anstachelte und seinen Charakter zur Entwicklung brachte. Sicher ist, dass für ihn das Ueberwältigen von Schwierigkeiten eine Erhöhung der Freude am Dasein bedeutete.

Wie wir gesehen haben, war der Erfolg der Subsection für Laryngologie im Jahre 1881 im wesentlichen Semon's Initiative und Eifer zu verdanken. Im Jahre 1882 wurde er als Arzt für Halskrankheiten am St. Thomashospital angestellt. Die Berichte, die er von Zeit zu Zeit über

seine dortige Thätigkeit publicirte, stellen wahre Muster dafür vor, was solche Berichte sein sollen und haben gewiss dazu beigetragen, sein rasch sich hebendes Ansehen noch zu vermehren. Im Jahre 1885 verlieh ihm das Royal College of Physicians den Titel eines „Fellow“ — eine Auszeichnung, die bis dahin Niemandem zu Teil geworden war, der sich ausschliesslich mit Halskrankheiten beschäftigte. Wie der verstorbene Sir Henry Butlin sich ausdrückte, „war es gleichzeitig eine Anerkennung seiner Tüchtigkeit und Fachkenntniss wie der vornehmen Art, in der er seine Praxis ausübte“. Es war natürlich, dass er in der Folge einer der maassgebenden Consiliarien des Landes wurde, dem auch seine Collegen das allgemeinste Vertrauen entgegenbrachten. Im Jahre 1884 hatte er das Centralblatt für Laryngologie in's Leben gerufen, ein internationales Blatt, das in Berlin erschien und dank Semon's sorgfältiger Redaction und seinem Organisationsgeschick sofort eine leitende Stellung einnahm und bald die erste Zeitschrift dieser Art wurde. Viele — ja die meisten — von den Artikeln, die man als laryngologisch-politisch bezeichnen könnte, sind im Centralblatt erschienen, stammten aus Semon's Feder und übten in der ganzen Welt einen mächtigen Einfluss auf die Laryngologie aus. Auf einige der wichtigsten von ihnen werde ich noch Gelegenheit haben, später zurückzukommen.

Im Jahre 1893 gründete er die Londoner Laryngologische Gesellschaft, welcher sich die meisten der besseren jüngeren Specialisten Grossbritanniens anschlossen; auf seine Anregung befasste sich die Gesellschaft hauptsächlich mit der Besprechung von Fällen und Präparaten, während Vorträge ausgeschlossen wurden. Auf diese Weise hoffte er der Gefahr zu begegnen, die er bei Specialgesellschaften stets fürchtete, dass nämlich Arbeiten, die allgemein interessirende Themata behandelten, für allgemeine ärztliche Gesellschaften verloren gehen könnten.

Ehrungen, jede einzelne von ihnen wohl verdient, wurden ihm ständig im reichsten Maasse zu Theil. Semon wurde zum Ehrenmitglied der Laryngologischen Gesellschaften von Berlin, München, Italien, Wien, St. Petersburg, ferner der American Laryngological Association und der American Oto-laryngological Association ernannt, ferner zum Ehrenvorsitzenden der Madrider Laryngologischen Gesellschaft und zum correspondirenden Mitglied vieler ausländischer Gesellschaften, während ihm bei uns die Laryngologische Section der Royal Society of Medicine die gleiche Ehre erwies. Obwohl stets als reiner Specialist thätig, erlangte er doch auch die Ehrenmitgliedschaft der Medicinischen Gesellschaften zu Dresden und Manchester und der Spanischen Medico-Chirurgischen Akademie. Diese Auszeichnungen zeigen, wie gross sein Ansehen war und eine wie internationale Anerkennung er sich auf seinem Gebiete erworben hatte. Ein weiteres Zeugniss dafür

sind die Decorationen, die er von den Souveränen Preussens, Spaniens, Egyptens und Zanzibars erhielt. Im Jahre 1897 wurde er in den englischen Ritterstand erhoben, wurde 1903 Commander des Victoria-Ordens, 1905 Knight Commander desselben Ordens und hatte die grosse Ehre, als ausserordentlicher Leibarzt unseres verstorbenen Königs fungiren zu dürfen, der ihm nicht nur sein Vertrauen, sondern auch seine Freundschaft schenkte. Schon früher war ihm der preussische Professor-Titel verliehen worden und bis zur Zeit, da er sich von seiner Praxis zurückzog, blieb er in der Stellung eines Laryngologen am National Hospital for Paralysis. Ich habe nur ganz kurz die Ehren und die Stellungen, die ihm zu Theil wurden, Revue passiren lassen; den meisten von Ihnen waren sie ja bekannt. Sie zeugen von einer schnellen und andauernd erfolgreichen Laufbahn, die ihren Höhepunkt erreichte in jener wunderbaren und einzigartigen Bekundung von Zuneigung und Hochachtung, als Semon seine Absicht kundgab, sich auf der Höhe seiner Schaffenskraft aus seiner Thätigkeit zurückzuziehen. Um die Bedeutung dieses Ereignisses und ihre Werthschätzung für seine der Laryngologie geleisteten Dienste zum Ausdruck zu bringen, beschlossen Semon's Freunde, ihm erstens ein Abschiedsbankett zu geben und zweitens zum dauernden Gedächtniss seines Namens eine „Lectureship" zu stiften; dieselben Freunde, die das Bankett veranstalteten, zeichneten entsprechend ihren Mitteln die Beiträge zur Gründung der Lectureship.

Viele von Ihnen haben an dem Bankett theilgenommen. Sie erinnern sich, dass unter den Anwesenden sich Angehörige der englischen und deutschen Aristokratie, bedeutende Finanzmänner, hervorragende Politiker, berühmte Juristen, ausgezeichnete Vertreter und Vertreterinnen der Literatur, Kunst und Bühne sich befanden sowie eine grosse Anzahl von führenden Männern auf Semon's eigenem Gebiet aus Grossbritannien, den Colonien und dem Ausland. Sie werden sich auch erinnern, dass mitgetheilt werden konnte, es seien Beiträge zu der Ehrengabe in Amerika, Oesterreich, Frankreich, Deutschland, Italien, Russland und Schweden gezeichnet worden. Vor Allem aber wird Ihnen im Gedächtniss sein der begeisterte Empfang, den diese grosse Versammlung hervorragender Männer und Frauen dem Jubilar des Abends bereitete. Wenn einem Mann in irgend einem Lande ein solcher Tribut an Liebe und Hochachtung dargebracht wird, so ist das an sich etwas Grosses, für Jemanden aber, der 34 Jahre vorher als ein unbekannter Ausländer zu uns kam, muss es als ein Triumph bezeichnet werden, dass er durch seine Thätigkeit auf einem Specialfach, das er einst als ein missachtetes vorgefunden hatte, eine solche Demonstration hatte wecken können. Jene Missachtung zum Schwinden zu bringen, war ein wesentlicher Theil seiner Lebensarbeit gewesen und jene

Zusammenkunft von Freunden aller Art und vieler Nationen muss dazu beigetragen haben, ihm zu zeigen, wie gut ihm das gelungen war.

Nachdem ich so in Kurzem Semon's äussere Erfolge dargestellt habe, will ich nun, soweit ich kann, daran gehen, die Eigenschaften des Mannes darzulegen, die zu jenen Erfolgen geführt haben. Ich darf wohl hoffen, Ihrer Aller Interesse mit einer solchen Darlegung zu erwecken; befindet sich aber unter Ihnen der Eine oder Andere, der am Beginn seiner Laufbahn steht, so hoffe ich, er wird Gewinn davon haben, wenn ich meiner Aufgabe einigermaassen gerecht werde, denn dann dürfte es mir gelungen sein, ihm die hervorstechenden Charakterzüge eines Mannes vor Augen zu führen, der Ruhm und Wohlstand gewann und meinem Glauben nach auf seinem Anstieg niemals etwas that, was das Licht des Tages zu scheuen gehabt hätte.

Ich behalte mir eine eingehende Würdigung von Semon's wissenschaftlicher und literarischer Thätigkeit für eine weitere Besprechung vor; es ist jedoch möglich, dass ich schon jetzt auf das Eine oder Andere Bezug nehmen muss, um gewisse Dinge ins rechte Licht zu setzen.

Es ist selbstverständlich, dass der Mann, den wir hier charakterisiren wollen, mit einer ganz ungewöhnlich starken Intelligenz begabt war und ist. Die Frage, wie weit dies auf Vererbung beruht — sein jüngerer Bruder, Prof. Richard Semon in München, ist ein Biologe von Weltruf — und wie weit auf Erziehung, Unterricht und Einfluss der Umgebung, muss ich offen lassen. Die ihm verliehenen Gaben benutzte er, um aus sich einen weit über das Gewöhnliche tüchtigen Mediciner zu machen. Ich sage nicht, dass darauf allein das Geheimniss seines Erfolges als Specialist beruht, es trug aber insofern dazu bei, als es ihn vor dem so häufig mit dem Specialistenthum verknüpften Fehler bewahrte, den geistigen Horizont ganz auf sein Fach zu beschränken und sich allmählich der allgemeinen Medicin und Chirurgie zu entfremden. Diejenigen unter Ihnen, die Semon's Schriften sorgfältig studirt haben, werden mit mir übereinstimmen, dass die meisten von ihnen das Grenzgebiet zwischen allgemeiner Medicin und Laryngologie berühren. Die meisten Specialisten werden zugeben, dass gerade auf diesem Gebiet gewöhnlich das Beste geleistet werden kann und dass gerade die besten Geister es sich am häufigsten auswählen. Wer Sir Felix gut kennt, hat constatiren können, eine wie umfassende Kenntniss der Neurologie, Lungenkrankheiten, Pathologie und vieler anderen Zweige unserer Wissenschaft er zu entfalten im Stande war, wenn die Gelegenheit es erforderte. Eine Bemerkung, die vor 20 Jahren einer der damals ersten inneren Kliniker Londons zu mir machte, hat auf mich tiefen Eindruck gemacht. Semon und ich waren über seine Station gegangen und hatten uns die interessanteren Fälle angesehen; in einer

privaten Unterhaltung sagte nachher jener Kliniker zu mir: „Ich halte Semon für einen unserer besten internen Mediciner“. Ich glaubte zuerst, es bezöge sich das auf Halskrankheiten, erfuhr aber, dass dem nicht so sei und entdeckte überdies, dass Semon ein regelmässiger Sonntagsgast auf den medicinischen Kliniken war, um seine allgemeinen Kenntnisse auf der Höhe zu erhalten. Zu seiner gründlichen Belesenheit und grossen Erfahrung kam ein ganz ungewöhnliches Talent, diese Erfahrung auszunützen. Ich habe zweimal bei Fällen, die ich vorher untersucht hatte, diese Fähigkeit ans Licht treten sehen. Ein wohlbekannter schottischer Specialist brachte einen Fall, den er für eine maligne Neubildung des Larynx hielt, zu mir, um noch eine Ansicht einzuholen. Ich neigte zwar zu der Ansicht, dass es in der That eine maligne Geschwulst sei, rieth jedoch, Semon aufzusuchen, der dann seine Meinung dahin abgab, dass die ausgesprochen diffuse und augenscheinlich infiltrative Verdickung wahrscheinlich einen extremen Grad von Pachydermie darstelle, die unter Ruhe und topischer Behandlung wohl gut werden würde — und so war es. Ich war durch diese Diagnose so verblüfft, dass ich ihm schrieb und fragte, welcher Gedankengang ihn dazu geführt habe, und erhielt eine sehr ausführliche und liebenswürdige Darlegung, mit deren Inhalt ich Sie jedoch jetzt nicht behelligen will. Es genügt zu sagen, dass dieser Fall mir einen Eindruck von Semon's phänomenaler Beobachtungsgabe und dem hohen Muth seiner Meinung gab, einer Meinung, die er sich in solchen Fällen auf Grund der vorliegenden Thatsachen nach dem reichen Schatz seiner Erfahrungen bildete. Mein zweiter Fall betraf einen corpulenten alten Herrn, der an zunehmender Heiserkeit infolge einer dem einen Stimmband aufsitzenden Geschwulst litt. Obwohl keine ausgesprochene Bewegungsbeschränkung vorlag, fürchtete ich doch, dass es sich um eine bösartige Affection handele, und holte Semon's Ansicht ein. Ich habe den genauen Wortlaut seines Antwortschreibens vergessen, der Sinn desselben jedoch war, dass er nicht glaube, es handle sich um etwas Bösartiges, und dass er einmal einen ähnlichen Fall gehabt habe, der sich schliesslich als tuberculös herausstellte. Als ich den Tumor entfernt hatte, bestätigte das Mikroskop diese Ansicht. — Nicht nur in der Laryngologie, sondern auch in anderen Zweigen der Medicin finden wir Männer von grossen Kenntnissen, die ihre Kenntnisse aber nicht anzuwenden verstehen, und wir finden andere, die ausgezeichnete Beobachter, aber nicht im Stande sind, das, was sie gesehen geben, zu verallgemeinern. Es mag schwer sein, eine Erklärung dafür zu haben; vielleicht können wir uns damit helfen, dass wir sagen: die Mens medica fehlt. Diesen medicinischen Sinn besitzt Semon in ungewöhnlichem Maasse. Er scheint die Fähigkeit zu haben, all seine eigene reiche Erfahrung und alles, was er über die Erfahrungen Anderer gelesen hat,

mit Schnelligkeit auf jeden gegebenen Fall anzuwenden. Um es also zu resumiren: Eine der Grundbedingungen seines Erfolges als Consiliarius beruhte auf seiner grossen Literaturkenntniss in Bezug auf allgemeine Medicin und Laryngologie im Verein mit der Gabe, die Ergebnisse seiner Erfahrung frisch im Gedächtniss zu bewahren, so dass alles zur sofortigen Anwendung auf den gegebenen Fall stets parat war.

Wenn auch das oben Gesagte Semon's Erfolg als Consiliarius zum grossen Theil erklärt, so genügt es doch nicht, um seinen schnellen Anstieg und die einzigartige Stellung verständlich zu machen, die er in verhältnissmässig frühem Alter in seinem Specialfach einnahm. Wir alle kennen begabte Mediciner, die auf ihren Erfolg warten mussten, bis ihr Haar ergraute und andere, die im Besitz aller Eigenschaften, durch welche eine schnelle Carrière garantirt schien, doch auf ihrem Wege strauchelten, oft nicht durch eigene Schuld.

Von Semon's Eigenschaften als Mediciner zu reden ist leicht, weniger leicht ist es und ein heikles Unterfangen, seine übrigen Eigenschaften zu analysiren, die sicherlich viel — oder vielleicht müsste ich sagen das Meiste — dazu beigetragen haben, dass er die Stellung errang, die er bei seinem Rücktritt einnahm, die aber schwer zu definiren und noch schwerer zu classificiren sind.

Ich bin mit Semon seit so langer Zeit intim befreundet, dass es schwierig für mich ist, mir vorzustellen, welches der Eindruck war, den ich beim ersten Zusammentreffen von ihm erhielt. Zweifellos müssen mir das scharfgeschnittene kluge Gesicht und die sprechenden Augen aufgefallen sein, muss ich die Straffheit und Energie seiner Nerven bemerkt, in der Unterhaltung den gebildeten Weltmann, seine Conversationsgabe, seinen schlagfertigen Witz erkannt haben, der jedes Thema interessant gestaltete. Als ich ihn das erste Mal in Gesellschaft traf, muss ich wahrscheinlich beobachtet haben, dass einer nach dem anderen der Anwesenden sich ihm zuwandte, um seiner Unterhaltung zu lauschen, die er — anscheinend instinctiv — nach dem Geschmack seiner Zuhörer zu moduliren verstand — bald überschäumend von Witz und Humor, bald wieder — wenn die Gelegenheit es erforderte, — eindringlich beredt, stets jedoch reich an Inhalt. Es sind uns aber auch andere begegnet, auf die diese Schilderung zum grössten Theil angewandt werden könnte und die doch ihr Ziel in der Welt nicht erreicht haben; wir müssen also noch nach anderen Eigenschaften suchen. Ich glaube, eine von diesen muss erblickt werden in der ungewöhnlichen Combination von augenblicklichem Antrieb der Gefühle und von Kühlheit des Verstandes. Jede Handlung, jede Gebärde trägt den Stempel der Impulsivität und Energie und wenn die Worte auch oft den Eindruck machen, als ob sie im Ueberschwang der Erregung hervor-

gestossen seien, so sind die Gedanken, die sie ausdrücken, doch stets klar und logisch, und die Thatsachen, auf die sie sich beziehen, correct. Ich habe Semon Jahre lang gekannt, bevor ich dazu gelangte, jene ungewöhnliche Vereinigung von Temperament und Ueberlegung in seinem Charakter zu erkennen. Und das kam so: Wir sprachen über das Benehmen einer bestimmten Persönlichkeit und Semon verurtheilte in seiner raschen, energischen Art deren Verhalten in einer — wie mir schien — über Gebühr harten Sprache. Dieser Ansicht gab ich Ausdruck und deutete gleichzeitig an, dass es nicht klug sei, sich ohne Beweise derart blosszustellen. Denken Sie sich mein Erstaunen, als Semon aus seinem Schrank die in Frage stehenden Beweisstücke hervorholte, alle zum eventuellen Gebrauch sorgfältig registrirt! — Dieser Vorfall bringt mich auf einen anderen Zug in seinem Wesen, der sich in unserem Stande unglücklicher Weise nicht allzu häufig findet, nämlich die Sorgfalt in Geschäftsgepflogenheiten. Es mag als etwas Belangloses erscheinen und doch sind Püntlichkeit bei Verabredungen und im Briefwechsel, Sorgfalt in der Aufzeichnung der gesehenen Krankheitsfälle uud Aufbewahrung von Briefen, auf die in der Folge einmal Bezug zu nehmen erforderlich sein könnte, Kleinigkeiten, von denen grosse Dinge abhängig sein können. In allen diesen Dingen war Semon stets von der grössten Gewissenhaftigkeit, so dass er jeden Fall, den er jemals in seiner Sprechstunde untersucht hatte, sofort nachschlagen und alles auf ihn Bezügliche herausfinden konnte; in Anbetracht seiner grossen Thätigkeit waren seine Krankengeschichten auf das Sorgfältigste ausgearbeitet.

Wie ich schon sagte, erweckt Semon in der Privatunterhaltung den Eindruck der Impulsivität. Merkwürdiger Weise ist es ganz anders, wenn er öffentlich spricht. Viele, wahrscheinlich die meisten von Ihnen, haben ihn in Discussionen gehört und waren gewiss überrascht durch die ruhige und logische Anordnung von Thatsachen, die für seine öffentlichen Reden charakteristisch ist. Da giebt es wenig oder keine Gesten und alles wird allein durch die reine Macht der Logik gemacht. Dass er ein überzeugender Redner ist und er im Englischen wie im Deutschen gelegentlich den höchsten Schwung der Beredtsamkeit erreicht, wissen wir alle; aber in der Genauigkeit und in der leidenschaftslosen, unnachgiebigen Logik liegen die Hauptcharakteristica seines Stiles.

Eine andere Quelle seiner Ueberlegenheit ist die gründliche Vertrautheit mit mindestens drei europäischen Sprachen und zwar den wichtigsten, Englisch, Deutsch und Französisch. Heutzutage kennen die meisten der jüngeren Consiliarien ausser ihrer Muttersprache mindestens eine fremde Sprache; zur Zeit aber als Semon zu prakticiren begann, gab es, glaube ich, viele führende Männer in unserem Beruf, die ausser ihrer Mutter-

sprache wenig von einer anderen Sprache kannten. Ich bin nicht ganz sicher, ob dieser Zustand sich nicht hier in London länger erhielt, als bei uns im Norden; dort bürgerte sich bereits früher die Sitte ein, die Universitäten auf dem Continent zu besuchen, — vielleicht weil es unmöglich war, auf andere Weise eine gute Ausbildung in vielen Specialfächern zu erlangen, während dagegen in London Dank den Specialkliniken und einigen der vorgeschritteneren allgemeinen Krankenhäuser die Gelegenheit zur Ausbildung in den meisten Fächern vorgesehen war. Zur Zeit als Semon zu prakticiren begann, müssen also seine sprachlichen Talente noch mehr in die Augen gefallen sein, als sie es heute thun, obwohl auch heute zugegeben werden muss, dass es nur wenige Männer unseres Faches giebt, die es mit ihm als Sprachkenner aufnehmen. Natürlich setzte diese Fähigkeit, Englisch, Deutsch und Französisch correct zu sprechen und zu schreiben, Semon in Stand, sich mehr Gehör zu verschaffen und einen grösseren und mehr internationalen Leserkreis zu gewinnen, als es sonst möglich gewesen wäre. Da seine früheren Arbeiten ebenso wie seine späteren auf einer hohen Stufe standen, so wurde die Thatsache seiner Tüchtigkeit gleichzeitig in verschiedenen Ländern bekannt und zweifellos erlangte er so frühzeitiger, als es sonst der Fall gewesen wäre, einen europäischen Ruf. Andererseits war er selbst auf diese Weise im Stande, sich über alle in der Laryngologie gemachten Fortschritte auf dem Laufenden zu halten und verwandte Themata ohne grossen Zeitaufwand durch die ganze Weltliteratur zu verfolgen. Ferner wäre ohne Semon's sprachliche Talente der Erfolg fast unbegreiflich, den das Centralblatt für Laryngologie von seinem Bestehen an gehabt hat.

Dieses Sprachtalent kann sich bis zu einem gewissen Grade in Folge einer natürlichen Veranlagung zu ihrer Höhe entwickelt haben, jedoch müssen wir annehmen, dass die Keime dazu bereits in früher Jugend durch sorgfältige Erziehung gelegt worden sind. Eine so alte und intime Freundschaft mich auch mit Semon verbindet, ich habe mir nie ein Bild davon machen können, wie er im Stande war, die allgemeine Bildung zu erwerben, die in seinen Schriften zu Tage tritt. Frage ich ihn danach, so sagt er, sie rühre von seinem Schulunterricht her. Diejenigen von Ihnen, die seine Publicationen studirt haben, müssen von seinen allgemeinen Kenntnissen, wie sie sich in den literarischen und historischen Citaten und Hinweisen kundthun, frappirt sein. Hier begegnen Sie einer Zeile aus einer Operette, die genau in den Zusammenhang passt, dort einem Ausspruch Talleyrand's, der vollkommen auf die Situation zutrifft und dann wieder kommt ein Satz aus Schopenhauer, während ausgezeichnet passende Citate aus den Klassikern verschiedener Sprachen in Fülle vorhanden sind. Ein Mann, der soviel von dem, was er auf der Schule

gelernt hat, im Kopfe trägt und zur Anwendung parat hat, ist gewiss von einer staunenswerthen Tüchtigkeit und begnadeten Begabung.

Ich glaube nicht, dass ich oft einem Mann begegnet bin, der so den Muth seiner Meinung hat, wie Semon. Diese Eigenschaft ist bei uns keineswegs häufig, sie wird gewöhnlich nicht als förderlich für Erfolge betrachtet, noch ist sie oft mit Takt verbunden. Ich bin mir jedoch nicht bewusst, dass Semon, wenn er einmal um seine Ansicht gefragt wurde, je gezögert hätte, ihr in der unzweideutigsten Weise Ausdruck zu verleihen, stets jedoch mit einem Minimum von Schärfe und stets so, dass seines Erachtens beide Seiten der Frage eine gerechte Würdigung erfuhren. Als Beispiel dafür möchte ich den meisterhaften Leitartikel anführen, der im Jahre 1888 aus seiner Feder im Centralblatt für Laryngologie über den Fall des Kaiser Friedrichs erschien. Vielen von Ihnen wird die Controverse, die sich im Anschluss an diesen Fall erhob und die eine Zeitlang den Charakter einer internationalen Frage annahm, noch im Gedächtniss sein. Unter damaligen Umständen war es kein kleines Zeichen von Muth für einen in England prakticirenden Deutschen, so unumwunden seine Ansichten geltend zu machen, um so mehr, als der Artikel in der Hauptsache den von den deutschen Beratern des verstorbenen Kaisers eingenommenen Standpunkt unterstützte und zwar mit Recht. Es war sehr bezeichnend für Semon's peinliche Ehrlichkeit, dass er nicht Bedenken trug, in demselben Artikel eine abfällige, ja strenge Kritik an gewissen Stellen des Berichts zu üben, der von jener Seite ausgegangen war, auf die ihn seine Ueberzeugung und Logik hinzog. Dann wieder trat dieselbe furchtlose Gesinnung in seinem Artikel „Einige Gedanken über die Grundsätze der Localbehandlung bei Krankheiten der oberen Luftwege" zu Tage, wo viele Missbräuche, die sich als Folge übermässigen Eifers, allzugrosser Leichtgläubigkeit und anderer hier nicht näher zu erörternder Ursachen in die Laryngologie und Rhinologie eingeschlichen hatten, einer freimüthigen Kritik und schärfster Verurtheilung unterzogen wurden. Der Wortlaut des Aufsatzes war ein scharfer; ich glaube jedoch, nicht mehr, als es die Sachlage erforderte. Möglicherweise komme ich noch auf ihn zurück; hier erwähne ich ihn nur, um zu zeigen, dass Semon in vollem Maasse den Muth seiner Ueberzeugung hatte und dass er nie zauderte, seine Ansichten über aktuelle Fragen zu veröffentlichen, falls er solche Veröffentlichung wünschenswerth oder richtig fand, wie schwierig und delikat auch die durch ihre Erörterung herbeigeführte Situation gewesen sein mochte.

Eine von Semon's starken Seiten ist zweifellos sein sehr bemerkenswerthes Organisationstalent. Dies kam niemals vortheilhafter zur Geltung, als bei der wirklich vollkommenen Art, wie die Arrangements zur Feier von Manuel Garcia's 100jährigem Geburtstage getroffen wurden. Alle,

die Sie bei dieser Veranstaltung anwesend waren, werden sich erinnern, wie glatt alles ging und wie glänzend die Festversammlung zu Ehren des Erfinders des Laryngoskops verlief. Sie werden mir Recht geben, wenn ich sage, dass bei dieser Gelegenheit auch eine vollkommene Organisation nicht durch einen solchen Erfolg gekrönt worden wäre, wäre nicht auch bei dem Organisator ein feiner Sinn für künstlerische Wirkung vorhanden gewesen.

Bisher habe ich von denjenigen Eigenschaften Semon's gesprochen, die, soweit ich im Stande bin, die Ursachen einer ungewöhnlich erfolgreichen Laufbahn zu zergliedern, mir in gewissem Maasse die Veranlassung gewesen zu sein scheinen, dass er so schnell zu hervorragender Stellung und Ansehen gelangte. Lassen Sie uns jetzt einen flüchtigen Blick auf die leichtere Seite seines Charakters werfen und uns dabei vielleicht bedenken, ob nicht auch diese einen starken Einfluss auf seine Laufbahn hatte.

Wir alle wissen, dass Semon ein feingebildeter Musiker ist und den meisten ist bekannt, dass er manches componirt hat. Da ich selbst zu meinem Bedauern ganz unmusikalisch bin, so kann ich über diesen Punkt nur nach dem Zeugniss Anderer sprechen. Vor einiger Zeit tauchte in einer Unterhaltung mit einer Dame Semon's Name auf und sie sagte: „Gewiss, der Componist“, worauf ich zu sagen wagte, ich meinte den wohlbekannten Halsarzt. Die Dame sagte: „Ja, ich glaube, er ist ein Doctor.“ Da sie niemals einen Laryngologen benöthigt hatte, aber eine grosse Musikfreundin war, so war er ihr mehr als Musiker, denn als Mediciner bekannt. Er muss zu Zeiten seine musikalischen Kenntnisse in seiner Praxis als sehr werthvoll empfunden haben, obwohl er sie wahrscheinlich mehr als eine künstlerische Gabe schätzt, zu der er seine Zuflucht nimmt, um Erholung zu finden und mit der er im Stande ist, anderen grosses Vergnügen zu bereiten. Wenn aber, wie ich vermuthe, seine musikalischen Talente das erste Glied bildeten in der Liebeskette, die ihn an seine reizende Gattin band, deren herrliche Stimme die meisten von Ihnen ja gehört haben, dann hat er in der That alle Ursache, diese Talente zu segnen.

In Bezug auf Vergnügungen und Beschäftigungen weniger künstlerischer Natur ist Semon sehr vielseitig. Er ist ein eifriger Jünger des Jagdsports, besonders der Hirschjagd, und des Fischens; als tüchtiger Reiter fühlt er sich bei der Fuchsjagd heimisch. Er ist ein Freund der Karten und spielt einen ausgezeichneten Rubber beim Bridge. Alle diese Dinge treibt er mit fast knabenhaftem Eifer und Hingebung. Sie werden sagen, das seien zu unbedeutende, zu nichtige Sachen, als dass man sie in eine Vorlesung, die wissenschaftlich sein soll, hineinbringen dürfte, aber, wenn Sie das sagen, kann ich Ihnen nicht Recht geben. In dieser ersten Vorlesung

habe ich mich bemüht, so weit wie möglich den Charakter des Mannes, zu dessen Ehren diese Lectureship gegründet wurde, zu zergliedern und jene anscheinenden Kleinigkeiten haben zweifellos mit ihren Einfluss auf seine Laufbahn geübt. Ein besonderer Grund bestand jedoch zu ihrer Erwähnung: Wenn Semon auch ein noch so begeisterter Freund von Musik, Jagd und manchem anderen Zeitvertreib war, keiner kann in Wahrheit behaupten, dass er je sich von einem dieser Dinge hätte Zeit fortnehmen lassen, die er seinem Empfinden nach der Praxis oder wissenschaftlichen Arbeit hätte widmen müssen. Der grosse Erfolg, den er in seiner Praxis hatte, die Sorgfalt und Unermüdlichkeit, mit der er den Leiden seiner Patienten nachspürte, die sorgfältigen Notizen, die er über jeden wichtigen Fall, den er sah, führte, die Zahl und Bedeutung seiner Veröffentlichungen beweisen, falls es eines solchen Beweises noch bedarf, wie gut er es verstand, seine Zeit vortheilhaft einzutheilen. In dieser Beziehung hat er uns ein Beispiel gegeben, das nicht nur bei denen Nacheiferung verdient, die den medicinischen Beruf verfolgen, sondern für alle, was immer auch ihr Beruf oder ihre Thätigkeit sein mag. Wie häufig begegnen wir Aerzten, deren Kenntnisse in ihrem Fach untadelig sind, die jedoch unfähig sind, ein Interesse an anderen als medicinischen Gegenständen zu nehmen, tüchtigen Juristen, die geläufig und geschickt über Rechtswissenschaft und verwandte Materien sprechen, deren Unterhaltung aber immer wieder zu juristischen Dingen zurückstrebt, Geschäftsleuten von anerkanntem Ruf, die sich nur mit Mühe sogar in die Rolle eines guten Zuhörers finden, wenn das Gespräch nicht von finanziellen oder geschäftlichen Angelegenheiten handelt. Es ist die Neigung der Zeit, zu specialisiren, und je härter der Kampf um das Dasein sich gestaltet, um so mehr lastet auf jedem die Pflicht, sein Bestes zu leisten, sei es in einem Beruf oder im Geschäft. Viele Menschen mit diesem Ziel vor Augen, widmen all ihre Kräfte, alle ihre Gedanken und all ihren Verstand nur ihrer Arbeit und die Folge ist, dass sie jedes Interesse an der Welt, sofern es nicht ihren Beruf betrifft, verlieren. Ich muss mich fragen, ob das wirklich der beste Weg zum Erfolg ist, denn es ist doch zu bedenken, dass ebenso wie der Körper so auch das Gehirn der Ruhe bedarf, dadurch, dass die Gedanken zeitweise von dem abgelenkt werden, was sie zu ausschliesslich zu absorbiren droht. Schon aus Gesundheitsgründen ist es also wahrscheinlich besser für einen Mann, Beschäftigungen zu cultiviren, mit denen er in seiner Musse die Gedanken ausfüllen kann und es ist sicher wünschenswerth, dass er an irgend einer Form des Zeitvertreibs Gefallen findet, die eine Bethätigung in freier Luft mit sich bringt. Es giebt auch noch andere Gründe, warum ein zu völliges Aufgehen in der Arbeit nicht erstrebenswerth ist. Leute, die ständig nur an eine Sache denken, werden früher oder später äusserst

beschränkt in ihrem Gesichtskreis; die Folge ist, dass sie eine höchst uninteressante Gesellschaft für alle diejenigen werden, deren Gedanken sich in verschiedenen Richtungen bewegen. So entsteht ein Circulus vitiosus; denn während jene die Neigung haben, allen aus dem Wege zu gehen, die nicht ein Interesse für ihr specielles Wissensgebiet haben, werden sie ihrerseits von ihren Bekannten als langweilig gemieden. So gehen diese einseitigen Menschen, indem sie immer nur den schmalen Pfad ihrer Interessen wandeln, des geistigen Anreizes verlustig, den die grosse Welt bietet und ich möchte glauben, dass in Folge davon in vielen Fällen sie ihre geistige Regsamkeit einbüssen. Ich habe diese Abschweifung gemacht, um nochmal auf das ausgezeichnete Beispiel hinzuweisen, das in dieser Hinsicht Semon giebt. Es dürfte nicht leicht sein, Männer zu finden, die in ihrem Beruf mehr und bessere Leistungen aufzuweisen haben, es dürften sich auch nicht viele finden, die neben einem fleissigen beruflichen Leben sich an einer reicheren Auswahl von vernünftigen Vergnügungen erfreut haben. Es zeigt dies, wie vieles geleistet werden kann, wenn ein Mann die Gabe hat, seine Zeit einzutheilen, nicht nur für den Tag, sondern für das Jahr. Die Zahl und Mannigfaltigkeit seiner Zerstreuungen hat zweifellos viel dazu beigetragen, um Semon zu dem klugen und unterhaltenden Plauderer zu machen, als den wir ihn alle kennen. Dabei wirkte natürlich auch sein prachtvolles Gedächtniss und sein ausgesprochener Sinn für Humor mit, aber ich zweifele sehr, dass diese Eigenschaften lange am Leben geblieben wären, wenn ihre ausschliessliche Kost in Laryngologie und verwandten Dingen bestanden hätte. Wir müssen also zu dem Schluss gelangen, dass diese Seite des Interessenkreises erheblich dazu beitrug, eine interessante und sympathische Persönlichkeit hervorzubringen. Eng damit verknüpft ist die Fähigheit, für eine Zeit lang völlig die Lasten und Sorgen des Lebens von sich zu werfen und mit fast jugendlicher Hingebung, die für alle, die Semon näher kennen, einen seiner vielen reizvollen Züge bildet, sich dem Sport und Zeitvertreib zu widmen. Allen jungen Leuten, die eifrig bei ihrer Arbeit sind, möchte ich also rathen, Neigungen und Vergnügungen zu cultiviren, die ausserhalb ihrer beruflichen Pflichten liegen, vorausgesetzt, dass sie dabei in rechten Grenzen bleiben.

Gewiss blickt Jeder vorwärts nach dem Zeitpunkt, wo er von seiner Arbeit ausruhen kann und auch, wenn er diesen Zeitpunkt nicht mit angenehmen Empfindungen kommen sieht, muss er erkennen, dass, je älter er wird, desto weniger ihm eine Wahl bleibt. Und kommt diese Zeit, dreifach glücklich dann der, der für vernünftige und harmlose Vergnügungen gesorgt hat, mit denen er seine Tage angenehm verbringen kann und vor allem der, der im Stande ist, ein weitgehendes Interesse an der Thätigkeit seiner Collegen zu nehmen.

Semon zog sich in verhältnissmässig frühen Jahren und auf dem Höhepunkt seines Erfolges zurück und auch hiermit, scheint es mir, hat er denen ein glänzendes Beispiel gegeben, die in der Lage sind, es zu befolgen. In allen Specialfächern, ganz besonders aber in denen, die verhältnissmässig noch jung sind, ereignen sich gewissermaassen kritische Perioden. In der Laryngologie hat es verschiedene kleinere Krisen gegeben, wenn ich diesen Ausdruck gebrauchen darf; und besonders in letzter Zeit hat die Entwicklung, die durch die Bronchoskopie eingeleitet wurde und die die Vervollkommnung der direkten Laryngoskopie, Oesophagoskopie und Gastroskopie in sich schliesst, es denen, die unter dem alten Regime gearbeitet haben, nothwendig gemacht, sich eine neue Technik anzueignen. Wenn ein solcher kritischer Zeitpunkt kommt, so hat der gewissenhafte Specialist sich zu entscheiden, ob er die nothwendigen Schritte thun soll, um sich selbst in den neuen Methoden zu vervollkommnen, ob er sich aus der Praxis zurückziehen oder ob er die Patienten, bei denen jene Methoden anzuwenden nothwendig ist, einem jüngeren Collegen übergeben soll. Es mag sein, dass manche dieser Gedanken mitsprachen, als Semon sich entschied, seine Praxis aufzugeben, gewiss ist, dass dieser Schritt zusammenfiel mit der allgemeinen Einführung vieler neuer Methoden. Unter welchen Einflüssen aber auch der augenblickliche Entschluss fiel, sie fanden Semon vorbereitet und da haben wir ein weiteres Beispiel für seine Voraussicht und Fürsorge, die sein Leben und seine Arbeit regeln.

Ich habe es unternommen, einen Umriss von einer höchst bemerkenswerthen Laufbahn zu geben und habe einen, wie ich fürchte, unzulänglichen Versuch gemacht, die verschiedenen Eigenschaften des Mannes herauszuschälen und zu analysiren, die dazu beigetragen haben, dass er die hervorragende Stellung unter den Laryngologen der Welt einnahm und noch einnimmt. Seitdem er sich von seiner activen Thätigkeit zurückgezogen hat, hat Semon zwei Bände veröffentlicht, in welchen er seine hauptsächlichsten Beiträge zur Laryngologie gesammelt hat und in der nächsten Vorlesung beabsichtige ich, deren Einfluss auf die Stellung und wissenschaftliche Entwicklung der Laryngologie zu betrachten. Bevor ich jedoch heute schliesse, sei mir erlaubt, eine Nutzanwendung zu ziehen.

Kurz und mit vielen Lücken habe ich eine Skizze davon gegeben, wie ein Mann in fremdem Lande aus dem völligsten Dunkel zu den höchsten Ehren emporstieg, die in seinem Beruf zu erreichen sind. Ihm kam kein Einfluss von aussen her zu Hilfe, sondern er musste sich ganz auf seine eigene Thatkraft und seinen Verstand verlassen. Und doch bewahrte er sich eine Einfachheit und einen Charme in seinem Wesen und, was mehr bedeutet, in seinem Charakter, wie man sie selten bei Männern findet, die auf sich selbst gestellt haben kämpfen müssen und siegreich aus dem Kampf

heimgekehrt sind. Wie andere erfolgreiche Männer mag er auch Feinde haben, aber er besitzt viele treue Freunde, nicht wenige von ihnen unter seinen jüngeren Collegen, von denen manche ihm Rath und Aufmunterung verdanken, und gegen die er seinerseits von ritterlicher Treue gewesen ist.

Er hat manche Schlacht mit Wort und Feder geschlagen, aber ich glaube nicht, dass einer, sei er Freund oder Feind, ihn einer unehrlichen Kampfesweise beschuldigen kann. Seine ganze Laufbahn ist gekennzeichnet durch die gewissenhafteste Ehrlichkeit im Handeln und Denken und er bietet uns so ein ausgezeichnetes Beispiel, dass, wenigstens in unserem Beruf, Ehrlichkeit die beste Politik ist.

II. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Schottmüller** (Hamburg-Eppendorf). **Ueber Febris herpetica.** *Beitr. z. Klinik d. Infectionskrankh. u. zur Immunitätsforschung. Bd. 1. H. 1. 1912. Würzburg. C. Kabitzsch.*

In den 50 Beobachtungen, die durch 2 farbige, 1 schwarze Tafel und 10 Stereoskopbilder illustrirt sind, handelte es sich ohne Ausnahme um Frauen. Der Bläschenausschlag gruppirte sich um den Mund herum, nicht selten war auch der Naseneingang befallen, seltener zeigten sich Efflorescenzen am Auge, am Ohr und am Hals. Besonders interessant sind jene Fälle, in welchen es zu einer Bläschenbildung auf der Schleimhaut der Unter- und Oberlippe, vor Allem aber des Zahnfleisches und des harten Gaumens kam. Ein Fall zeigte Herpeseruptionen an der Lippe und an der Uvula, bei einem anderen war die Zunge dicht besetzt von Bläschen.

Die bakteriologische Untersuchung ergab, dass in allen Fällen Bacterium coli die Krankheit bedingte.

SEIFERT.

2) **German** (Helgoland). **Zur Therapie des Keuchhustens und Schnupfens.** *Münchener med. Wochenschr. No. 48. 1912.*

Verf. empfiehlt die von ihm mehrfach, auch in der eigenen Familie bei Keuchhusten und acutem Schnupfen mit raschem Erfolg angewandte „Stickhustenlampe". Diese, von der Firma Jacobi, Elberfeld, Berliner Strasse 47/49, in den Handel gebrachte Lampe besteht aus einer kleinen Schüssel, die die zu verdampfende Flüssigkeit, eine thymolisirte Kresol-Phenol-Lösung, aufnimmt und aus einem kleinen darunter befindlichen Spiritusbrenner.

HECHT.

3) **Althoff** (Attendorn i. W.). **Zur Behandlung des Keuchhustens.** *Münchener med. Wochenschr. No. 43. 1912.*

Verf. erreichte mit seiner Behandlungsweise im ersten und Anfang des zweiten Stadiums eine Beseitigung des Keuchhustens in etwa 2 Wochen, bei weiter vor-

geschrittenem Krankheitsstadium eine merkliche Besserung in Zahl der Anfälle und Dauer der Krankheit. Neben einer Reihe allgemeiner Verordnungen legt Verf. den Hauptwerth auf warme Senfbäder von 35—36° C. 3—5 Minuten am Abend mit kühlem Ueberguss am Schlusse des Bades, und insbesondere 3mal tägliche Einreibungen des ganzen Rückens mit einem gut haselnussgrossen Stück von Balsamum Mentholi compositum oder besser mit Benguébalsam, der zwar theurer, aber wirkungsvoller zu sein scheint. Gegen den Husten und Hustenkrampf giebt Verf. eine Reihe Receptformeln an, die neben Ipecacuanha noch Antipyrin, Bromnatrium und Heroin. mur. enthalten, eventuell auch Aristochin in Pulverform.

HECHT.

4) **R. Lozano. Ein Mittel gegen Keuchhusten. (La coqueluche; un remedio.)** *La Clinica moderna. 15. November 1911.*

Verf. giebt folgende Formel: Methylsalicylat 2 Theile; Eucalyptol 1 Theil. Davon 4—5 g in dem Schlafzimmer des Patienten auszugiessen und ebenso viel zweimal täglich in dem Zimmer, wo er sich tagsüber aufhält.

TAPIA.

5) **Gontier de la Roche. Pemphigus chronicus der Schleimhäute. (Pemphigus chronique des muqueuses.)** *Revue hebdom. de laryngol. etc. No. 44. 1912.*

Nach Zusammenfassung unserer Kenntnisse über den Pemphigus werden drei interessante Krankengeschichten mitgetheilt. Bei einer 56jährigen Frau zeigte sich die erste Localisation wahrscheinlich im Pharynx. Als der Verf. die Patientin sah, constatirte er eine zerfallene Pemphigusblase auf der Epiglottis. Später entwickelte sich allmählich ein allgemeiner Hautpemphigus. Eine 62jährige Patientin mit Pemphigus, namentlich der Finger und Zehen, expectorirte „Häute“, die von zerfallenen Schleimhautblasen stammen. Der Verf. konnte die Existenz einer Blase auf dem Zungenrand feststellen. Endlich konnte sich der Verf. bei einem 48jährigen Manne von der Existenz recidivirender Pemphigusblasen in der Nase überzeugen. Patient zeigte ausserdem Zeichen einer ausgeheilten Lungentuberculose und litt an Herpes recidivans genitalis. Das Aufgehen einer Blase in der Nase wurde von einem Gefühl des Juckens angekündigt. In den 3 Fällen ist jede Behandlung erfolglos geblieben.

LAUTMANN.

6) **J. Safranek** (Budapest). **Veränderungen der oberen Luftwege bei Leukämie.** *Orvosi hetilap. No. 50. 1912.*

Verf. theilt das Ergebniss der Untersuchungen von 32 Fällen mit. Besonders deutliche und charakteristische Veränderungen der oberen Luftwege sind bei lymphatischer Leukämie zu beobachten mit Hyperplasien am Waldeyer'schen Ringe. Bei Leucaemia myeloidea sind entsprechende Veränderungen in den oberen Luftwegen nachweisbar.

Nasenbluten kommt in jedem Stadium der Krankheit vor. Die blutenden Stellen sind zumeist infiltrirt, die Infiltrate sind zuweilen entzündet und zeigen geschwürigen Zerfall.

POLYAK.

7) **E. Baumgarten** (Budapest). **Ueber Syphilis der oberen Luftwege.** *Budapesti orvosi ujság. Beilage Gégészet. No. 1. 1912.*

Die letzte Publication des so frühzeitig verstorbenen Verfassers erschien acht Tage vor seinem unerwarteten Tode, und bringt in ungezwungener Form die Erfahrungen, welche er in mehr als 25jähriger Praxis gesammelt hat. Sehr lehrreich ist die Beschreibung der Fälle von Syphilis maligna. Für locale Veränderungen wird Betupfen mit Jodtinctur, bei sehr schweren Fällen mit Nekrose die Anwendung von Chromsäurelösungen empfohlen. POLYAK.

8) **A. v. Irsay** (Budapest). **Ueber Syphilis der oberen Luftwege.** *Budapesti orvosi ujság. No. 8. 1912.*

Die Publication enthält eine sehr ausführliche Beschreibung der Formen, in welchen ererbte und acquirirte Syphilis sich in den oberen Luftwegen meldet. Die Wassermann'sche Reaction soll in jedem Falle, wo die Diagnose zweifelhaft ist, ausgeführt werden. Der therapeutische Werth der Salvarsanbehandlung wird völlig anerkannt, doch dabei betont, dass dadurch die bisher übliche Quecksilber- und Jodbehandlung weder entbehrlich gemacht noch überflüssig geworden ist.

POLYAK.

9) **G. Brühl** (Berlin). **Die Betheiligung des Ohres, der Nase und des Halses bei Stoffwechselkrankheiten.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 15—17. 1912.*

Verf. berücksichtigt in dem vorliegenden Vortrage vorzüglich Gicht, Fettsucht und Diabetes mellitus in ihren Beziehungen zu den oberen Luftwegen und dem Ohre, wobei sich ergiebt, dass gerade die oberen Luftwege bei diesen Störungen in wenig prägnanter Weise betheiligt sind. Anders bei der sogenannten exsudativen Diathese. Zu deren primären Manifestationen zählt Verf. die Lingua geographica, zu den secundären Angina, Pharyngitis, Coryza, Laryngitis, Hyperplasien der Gaumen- und Rachenmandeln und der Halslymphdrüsen, vermuthungsweise auch die bei Kindern vorkommenden häufig recidivirenden, flüchtigen exsudativen Katarrhe und entzündlichen Mittelohrprocesse.

ZARNIKO.

10) **Luis G. Middleton. Einige Beobachtungen aus vierjähriger praktischer Thätigkeit. (Algunes observaciones en cuatro anos de práctica profesional.)** *IV. Congreso cientifico latino-americano. 1910.*

In der Einleitung giebt Verf. eine Darstellung von der Bedeutung der Oto-Rhinolaryngologie für die Praxis und schildert ihre Fortschritte in den letzten Jahren. Dann berichtet er über einige mittels der directen Methoden extrahirte Fremdkörper, darunter einer Nadel mit Glaskopf aus dem rechten Bronchus, ferner einige ösophagoskopische Fremdkörper. Verf. theilt ferner günstige Erfahrungen mit, die er mit der submucösen Conchectomie gemacht hat; zum Schluss spricht er von der submucösen Septumresection, für die er das Jansen'sche Instrumentarium etwas modificirt hat. FINDER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

11) **Sleur** (Paris). **Ueber das vesiculäre Athemgeräusch vor und nach der chirurgischen Behandlung der Nasenstenose. (Du murmure vésiculaire avant et après le traitement chirurgical de l'obstruction des fosses nasales.)** *Académie de médecine. 12. März 1912.*

Die Schlussfolgerungen, zu denen Verf. auf Grund einer sorgfältigen Statistik gelangt, die sich auf 168 Operirte erstreckt, sind: Es finden sich bei Personen mit Nasenverstopfung in Folge Deviation des Septums Anomalien der Athmung, und zwar am häufigsten eine Abschwächung der Inspiration. Die Veränderung des Athemgeräuschs constatirt man am häufigsten über der rechten Spitze, obwohl die Nasenverstopfung links häufiger ist. Die durch die Resection des Septums erzielten Resultate lassen sich durch die Auscultation controliren.

GONTIER DE LA ROCHE.

12) **Mary E. Lapham. Physikalische Zeichen der Lungentuberculose, durch Nasenstenose verursacht. (Physical signs of pulmonary tuberculosis caused by nasal stenosis.)** *Medical record. 3. August 1912.*

Verf. hat in ihren Fällen von Phthisis pulmonum so häufig Nasenstenose gefunden, dass sie der Meinung sei, es bestehe ein enger Zusammenhang zwischen der Nasenstenose und der Spitzenaffection. Der Mechanismus der Athmung wird an dem schwächsten Punkt der Lunge — der rechten Lunge — durch die Nasenstenose gestört und es werden Symptome und physikalische Zeichen hervorgebracht, die absolut typisch für Tuberculose sind. Verf. hält es für möglich, dass durch Beseitigung der Nasenstenose und Herstellung einer unbehinderten Nasenpassage auch die Chancen für eine Erkrankung an Tuberculose verringert werden können.

EMIL MAYER.

13) **Ernest Jones. Die Beziehung der Nasenstenose zur Articulationsfähigkeit. (The relation of nasal obstruction to articulatory capacity.)** *British journ. of childrens diseases. Juni 1911.*

Die Untersuchung von 469 nichts aussergewöhnliches darbietenden Kindern ergab, dass die Articulationsfähigkeit für Consonanten je nach dem Grade der Nasenstenose variirte und dieses Verhältniss war ausgesprochener bei den Knaben, als bei den Mädchen. Da das Vorkommen der Nasenstenose bei beiden Geschlechtern gleich häufig gefunden wurde, so möchte es scheinen, dass ein gegebener Grad von Nasenstenose — wahrscheinlich in Folge der damit verknüpften Schwerhörigkeit — einen schädlicheren Einfluss auf die Articulation der Knaben ausübt, als auf die der Mädchen. Es scheint das die Ansicht des Verf.'s zu unterstützen, dass das Ablesen von den Lippen bei dem Sprechenlernen der Knaben ein wichtigerer Factor ist, als bei den Mädchen.

Die Untersuchung von 231 Fällen mit starken Articulationsdefecten zeigte keinerlei Verhältniss zwischen der Ausdehnung dieses Defects und dem Grade der Nasenverstopfung. Nasenverstopfung spielt daher wahrscheinlich bei der Entstehung starker Articulationsdefecte keine Rolle und wenn sie irgend welche Wirkung hat, so wird diese leicht durch andere Factoren in den Hintergrund gedrängt.

JOHN WRIGHT.

14) **W. H. Haskin. Die Beseitigung der Nasenverstopfung durch Orthodontie. (The relief of nasal obstruction by orthodontia.)** *The Laryngoscope. Novbr. 1912.*

Verf. weist auf die Fälle von Septumdeviation hin, bei denen keine Operation am Septum genügt, um die Nase hinreichend weit zu machen, sondern wo man zu diesem Zweck auch noch gezwungen ist, die untere Muschel zu entfernen. In mehreren Fällen dieser Art hat Verf. Besserung mit Hilfe orthodontischer Maassnahmen erzielt; sechs solcher Fälle theilt er mit. EMIL MAYER.

15) **Killian** (Berlin). **Die unblutige Erweiterung der Nasenhöhlen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 5. 1912.*

Verf. hat in der letzten Zeit häufiger ein von ihm bereits 1910 (Dresdener Laryngologenversammlung) in den Grundzügen bekannt gegebenes Verfahren geübt: Die Infraction der unteren Nasenmuschel zur Erweiterung des Naseninnern. Er bedient sich dazu entweder der Luc-Brünings'schen Nasenzange oder eines nach deren Vorbild construirten Drückers. Bedingung für das Verfahren ist, dass die Muschel lateralwärts ausweichen kann. Sind keine Hypertrophien vorhanden, so genügt die Infracturirung allein. — Auf ähnliche Weise kann man die Riechspalte durch Infracturirung der mittleren Muschel erweitern und selbst reine Deviationen des knöchernen Septums unblutig beseitigen. ZARNIKO.

16) **Pick** (Charlottenburg). **Ein kleines Instrument zur Beseitigung behinderter Nasenathmung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4. 1912.*

Dieses Instrument erinnert in seiner Form einigermaassen an einen Krückstock Friedrichs des Grossen. „Der Nasenlüfter kommt unterhalb der unteren Nasenmuschel zu liegen und verhindert in dieser Lage eine durch Schwellung der Schleimhäute hervorgerufene Unwegsamkeit des Naseninnern". Gegen diese Behauptung des Erfinders muss man nothgedrungen protestiren, ebenso wie gegen das ganze Instrumentchen, das dem Ref. nicht nur überflüssig, sondern sogar gefährlich erscheint, weil es leicht aspirirt werden kann. ZARNIKO.

17) **H. L. Gregory. Ein Fall von acuter Meningitis cerebro-spinalis nasalen Ursprungs. (A case of acute cerebro-spinal meningitis of nasal origin.)** *Journ. of laryng., rhinol. and otol. October 1912.*

Ein 17 Jahre 8 Monate alter junger Mann zeigte nach Operation der adenoiden Vegetationen und Entfernung jederseits eines Stückes der unteren Muschel plötzlich die Symptome der acuten Cerebrospinalmeningitis. Anzeichen von einer Nasenerkrankung waren nach der Operation nicht vorhanden gewesen. Der Tod trat 60 Stunden nach Beginn der Meningitis auf. Die Obduction ergab ausgedehnte Meningitis cerebro-spinalis mit Eiter in den linken hinteren Siebbeinzellen und eine Perforation in dem Dach einer Zelle, die ca. 7 mm × 5 mm gross war und deren Ränder entzündet waren. Die Perforation war augenscheinlich in Folge Nekrose entstanden und auf diesem Wege hatte sich die Infection ausgebreitet. Die bakteriologische Untersuchung ergab Pneumokokken in Reincultur.

JOHN WRIGHT.

18) **S. Pusateri. Untersuchungen über die Pathogenese der sogenannten Nasen- und Ohrenpolypen. (Ricerche intorno alla patogenesi dei cosidetti polipi nasali e auricolari.)** *Arch. ital. di laringologia. Juli 1912.*

Auf Grund seiner Untersuchungen fühlt sich Verf. nicht berechtigt, den Blastomyceten eine Bedeutung für die Bildung der Nasenpolypen einzuräumen, und glaubt, dass die mit der specifischen Färbung nach Sanfelice darstellbaren Körper nichts Anderes seien, als Producte hyaliner Zelldegeneration (Russel'sche Körperchen). Auch die bei bakteriologischer Untersuchung isolirten Mikroorganismen (Staphylokokken, Diplokokken, Pyocyaneus, Proteus, Sarcine, Hyphomyceten) haben ätiologisch keine Bedeutung. CALAMIDA.

19) **Slocker** (Madrid). **Ein seltener Fall von Osteom der Stirn. (Un caso raro de osteoma frontal.)** *Revista espanola de laringologia. Juli/August 1912.*

Es handelte sich um einen grossen Tumor der Stirngegend, der angeblich seit 20 Jahren bestand. Bei der Operation musste ein grosses Stück der Dura, das dem Tumor adhärent war, mit fortgenommen werden. Die vorher vorhanden gewesenen Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems verschwanden nach der Operation. TAPIA.

20) **J. Safranek** (Budapest). **Ueber primäre maligne Geschwülste der Nase und ihrer Nebenhöhlen.** *Orvosi hetilap. No. 49. 1912.*

Nach Verf.'s Ansicht ist die weitestgehende active Therapie am Platze in allen Fällen, wo von dem Eingriffe irgend eine Möglichkeit des Erfolges zu erwarten ist; er theilt die Ansicht nicht, nach welcher maligne Nasen- und Nebenhöhlentumoren vom Standpunkte des chirurgischen Eingriffes mit seltenen Ausnahmen für ein „noli me tangere" bezeichnet werden. Diese Geschwülste sollen stets operativ behandelt werden, — ausgenommen die Fälle, wo der Tumor in die Schädelhöhle durchgebrochen ist, oder Metastasen bildete, ferner bei hochgradiger Kachexie und sehr schlechten Kräftezuständen der Patienten. (Die Respectirung der allgemeinen, für alle chirurgische Eingriffe geltenden Contraindicationen ist selbstverständlich.) Sehr wichtig ist die frühzeitige Diagnose. Die Publication ist durch mehrere Krankengeschichten illustrirt, in zwei Fällen ist die Moure'sche Radicaloperation ausgeführt worden. POLYAK.

21) **D. Balás** (Budapest). **Operirter Fall von Myxom der Kieferhöhle.** *Orvosi hetilap. No. 47. 1912.*

Die rechte Nase und der Nasenrachenraum des sechs Jahre alten Knaben war durch die Geschwulst ausgefüllt. Die mikroskopische Untersuchung eines zur Probe excidirten Stückes wies auf Myxom hin, doch konnte dessen sarkomatöse Natur nicht ausgeschlossen werden. Operation nach vorausgeschickter Tracheotomie und Tamponade der Trachea in Aethernarkose. Linhart'sche Operation mit Durchmeisselung der Nasenbeine, des Stirnbeins etc. Die Geschwulst entsprang auf einem federkieldicken Stiele aus der rechten Kieferhöhle, war mit der Nase nirgends verwachsen. Die Kieferhöhle, welche mit derselben Geschwulst ausgefüllt war, wurde ausgekratzt. Keine Recidive.

Verf. hat als Chirurg seine Aufgabe regelrecht gelöst, kann aber kaum in Abrede stellen, dass der Patient in den Händen des Rhinologen auf eine wesentlich einfachere Weise die Heilung erreicht hätte.

POLYAK.

22) **Wolff Freudenthal. Fall von Cylinderzellenepitheliom des Antrum, geheilt mit Radium. (Case of columnar cell-epithelioma of the antrum cured by radium.)** *The Laryngoscope. Februar 1911.*

Die Diagnose wurde durch mikroskopische Untersuchung eines probeexcidirten Stückes gestellt. Da Patient eine Radicaloperation verweigerte, so wurde Radium applicirt, zuerst 10 Minuten lang, dann 2 Stunden; die Behandlung wurde von Januar bis Juni fortgesetzt und 70 mg Radium angewandt. Zum Schluss geschah die Anwendung 24 Stunden hintereinander, worauf der Tumor vollständig verschwand.

EMIL MAYER.

23) **A. G. G. Plumley. Die Anatomie der Kieferhöhle. (The anatomy of the antrum.)** *Brit. dental journal. 15. November 1912.*

Interessant ist in dem Artikel die Erwähnung eines Falles, in dem alle Zähne auf einer Seite — vom Caninus bis zum III. Molaris — mit dem Boden der Kieferhöhle in Verbindung standen.

JOHN WRIGHT.

24) **A. Onodi** (Budapest). **Der Recessus sphenoethmoidalis der Kieferhöhle.** *Orvosi hetilap. No. 50. 1912.*

Die Seltenheit und Wichtigkeit der Beobachtung besteht darin, dass die Kieferhöhle zur Bildung der inneren Wand der Orbita mithalf und zwischen Siebbein und Keilbein den hinteren Theil der inneren Orbitalwand bildete. Dieser Umstand wurde an zwei Präparaten demonstrirt.

POLYAK.

25) **O. T. Freer. Chronische Antrumeiterung, ihre Behandlung mittels Resection der nasalen Wand. (Chronic suppuration of the antrum of Highmore. Its cure by resection of the nasal wall.)** *Journ. of the Michigan state med. society. October 1912.*

Vor der Operation wird eine Röntgenaufnahme gemacht, um festzustellen, ob der Boden der Kieferhöhle in gleicher Höhe oder niedriger ist als der Nasenboden. Dann wird die untere Muschel und die Schleimhaut des unteren Nasengangs durch Einreiben mit Cocainkrystallen, die mit Adrenalin angefeuchtet sind, unempfindlich gemacht. Verf. macht erst mittels einer elektromotorisch getriebenen Trephine eine Probeanbohrung im unteren Nasengang; ergiebt die Ausspülung Eiter, so wird die vordere Hälfte der unteren Muschel nach des Verf. eigener Methode (cfr. Centralbl. S. 309. 1912) resecirt. Dann werden mit der Trephine in die Wand des unteren Nasengangs verschiedene Löcher gebohrt und die dazwischen stehen gebliebenen Knochenreste nach unten bis zum Nasenboden, nach oben bis zum Ansatz der unteren Muschel und nach vorn und hinten so weit wie erwünscht, abgebrochen. Die Oeffnung muss zweimal so gross angelegt werden, als sie nach erfolgter Heilung sein soll; denn die Ränder derselben contrahiren sich bei der Vernarbung. Die Schleimhaut soll nur curettirt werden, wenn sie sehr hochgradig degenerirt ist.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

26) **L. v. d. Wildenberg. Die Radicalbehandlung der chronischen Kieferhöhlenentzündung auf endonasalem Wege unter Localanästhesie. (La cure radicale endonasale sous anesthésie locale.)** *Arch. intern. de laryng. Tome XXXIV. No. 2. 1912.*

Abdruck des Vortrages, gehalten in Brüssel 1912 auf der Tagung der belgischen laryngologischen Gesellschaft. LAUTMANN.

27) **D. v. Navratil** (Budapest). **Kieferhöhlenempyeme nach Denker operirt.** *Verhandlung der ungar. Gesellschaft für Chirurgie. S. 82. 1912.*

Verf. hat 34 Fälle operirt. POLYAK.

28) **T. Nakamura. Hakenbefestigung bei Kieferhöhlenoperation.** *Japanische Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. 18. H. 1. 1912.*

Ein langgestielter platter Lippenhaken wird durch Schraube an einen Stirnbandreif befestigt, den der Patient trägt. KUBO.

29) **Torres Casanovas. Merkwürdiger Fall einer Zahncyste traumatischen Ursprungs, die sich 22 Jahre nach dem Trauma entwickelte. (Curioso caso de quiste dentario de origen traumatico y desarrolado 22 anos despues del traumatismo.)** *Revista de medicina y cirurgia. November 1910.*

30jährige Frau mit cystischem Tumor in der linken Fossa canina. Im Alter von 7 Jahren hatte sich Patient eine Fractur des linken Oberkiefers in Höhe des linken Dens caninus zugezogen. Bei der Operation sieht man diesen Zahn in der Wand der Kieferhöhle. TAPIA.

30) **Gerber** (Königsberg). **Zur Literatur der Kiefercysten.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase u. des Halses. Bd. 6. S. 183. 1913.*

Verf. bedauert, dass Haike in seiner kürzlich erschienenen Abhandlung über Kiefercysten die Arbeiten aus der Gerber'schen Klinik nicht genügend berücksichtigt hat. OPPIKOFER.

31) **Thost. Ueber seltene Erkrankungen der Keilbeinhöhle.** *Verhandlungen der deutschen Röntgengesellschaft. Bd. 8.*

Es handelt sich in der Arbeit vorzugsweise um die radiologische Diagnostik der Keilbeinhöhlenerkrankungen, speciell um die Trennung reiner Schleimhautaffection gegen die Miterkrankung des Knochens. Die erkrankte Knochenwand giebt sich in ihren verwischten Conturen kund, während eine Schleimhauterkrankung diese Verwischung nicht zeigt. Die Beobachtung erstreckt sich auf 8 Fälle: 3 luetische, einen acut-, zwei chronisch-entzündliche, eine Darstellung eines Hypophysentumors und die Demonstration eines abgeflachten Türkensattels bei Dystrophia adiposo-genitalis. Von besonderem Interesse ist eine Beobachtung von tertiärer Lues, bei der sich die Keilbeinhöhle völlig getrübt und in der Wiedergabe der Conturen verwischt zeigte. Es wurde eine Salvarsankur eingeleitet, die anfänglich eine Besserung erzielte, doch nach 4 Wochen trat eine Meningitis ein, welcher der Patient erlag. Verf. führt diese meningeale Infection auf das Sal-

varsan zurück, das ähnlich wie Tuberculin in der Umgebung der Krankheitsherde eine Reaction erzeuge und ruhende luetische Herde mobilisire. Er warnt deshalb bei radiologisch festgestellter Knochenerkrankung in der Nähe des Gehirns vor der Verwendung des Salvarsans. ALBRECHT (BERLIN).

32) **P. Watson Williams. Partielle Resection der Nasenscheidewand wegen doppelseitiger Keilbeinhöhleneiterung. (Resection of the partial nasal septum for double sphenoidal sinus suppuration.)** *Journ. of Laryng., Rhinol. and Otol. November 1912.*

Nach Eröffnung der Keilbeinhöhle durch Fortnahme ihrer vorderen Wand sucht Verf. einer wiedereintretenden Verengerung der Oeffnung dadurch zu begegnen, dass er auch den hintersten Theil des Septums und die Scheidewand zwischen den beiden Keilbeinhöhlen fortnimmt; Verf. bricht zuerst die Nasenscheidewand weit hinten durch und entfernt das Stück dann mit einer schneidenden Zange. JOHN WRIGHT.

33) **Luigi Maccone. Die Inspection des Nasenrachenraums bei den Elementarschülern. (L'ispezione rino-faringea negli alunni delle scuole primarie.)** *La Pratica oto-rino-laringoiàtrica. No. 11/12. 1912.*

Verf. hat 500 Schüler und Schülerinnen aus den Elementarschulen Turin's, die mit den Ferienkolonien fortgeschickt werden sollen, untersucht. Das Alter der untersuchten Kinder war 7—12 Jahre. Aus den Untersuchungen ergab sich, dass 5,6 pCt. der Kinder adenoide Vegetationen hatten; die Zahl derjenigen mit Hypertrophie der Gaumentonsillen betrug 26,2 pCt. Rechnet er diese und die Kinder mit „Oro-rhino-pharyngitis lymphatica" zusammen, unter welch letzterer Bezeichnung Verf. verstanden haben will: „Gleichmässig verdickte Schleimhaut an der Pharynxwand, bedeckt mit lymphatischen Granulis, mehr oder minder grosse Quantität Schleim und palpable hintere Cervicaldrüsen", so findet sich bei 50 pCt. der Kinder eine bemerkenswerthe Entwicklung des Waldeyer'schen Schlundrings, sei es in seinem ganzen Umfang oder in einzelnen Theilen. Spitzbogenform des Gaumens fand sich bei 6 pCt. FINDER.

34) **Charles B. Younger. Oeffentliche Agitation und unnöthige Adenectomien. (Public agitation and unnecessary adenectomies.)** *Journal american medical association. 13. Januar 1912.*

Die Ausbreitung der Kenntnisse über die adenoiden Vegetationen in Laienkreisen hat dazu geführt, dass die Entfernung von vermeintlich vorhandenen Wucherungen bisweilen auch in Fällen gefordert und sogar ausgeführt wird, wo solche gar nicht vorhanden sind. Verf. erörtert die Diagnose der Wucherungen und die dabei möglichen Irrthümer und bespricht die für das Kindesalter sonst noch in Betracht kommenden Ursachen für Nasenverstopfung. EMIL MAYER.

c) Mundrachenhöhle.

35) **H. F. B. Walker. Hydatide der Submaxillardrüse. (Hydatid of the submaxillary gland.)** *Brit. med. journal. 18. Januar 1913.*

Bei einem kleinen Kaffermädchen bestand seit 6 Jahren eine langsam

wachsende gestielte Geschwulst hinter dem linken Kieferast. Sie war beweglich, fluctuirend, gespannt und wölbte sich in den Mundboden vor; an dem Knochen war sie nicht angeheftet. Bei ihrer Entfernung stellte sich heraus, dass der Tumor in der Submaxillardrüse sass; ein Stück normalen Drüsengewebes sass auf der entfernten Geschwulst. Die Cyste enthielt 79 ccm klare Flüssigkeit, Scolices, Haken und Tochterblasen. Aus dem Grund der Wundhöhle wurde ein paar Tage lang Speichel secernirt, jedoch trat bald Heilung ein. JOHN WRIGHT.

36) **Hegler** (Hamburg-Eppendorf). **Mumpsartige Erkrankungen der Zungenspeicheldrüse. (Sialoadenitis sublingualis acuta epidemica.)** *Beitr. z. Klinik d. Infectionskrkh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 1. H. 2. 1913.*

Im Zeitraum von 4 Wochen (Ende Januar bis Ende Februar 1912) trat bei 8 weiblichen Personen im Alter von 20—40 Jahren, ohne dass anderweitige Erkrankungen vorausgegangen waren, ziemlich acut eine Schwellung der Regio mentalis und submentalis auf, der eine gutartig verlaufende Entzündung der Sublingualdrüse zu Grunde lag. Sieben der Patientinnen waren Krankenschwestern im Eppendorfer Krankenhause, eine Patientin wurde aus der Stadt eingeliefert. Die Aetiologie ist unklar, die Incubationszeit hält Verf. für kürzer als bei Parotitis epidemica, vielleicht nur einige Tage betragend. Besondere Therapie nicht erforderlich. SEIFERT.

37) **Carl Lüders** (Wiesbaden). **Periodische Speicheldrüsenschwellungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 12. 1912.*

Zwei Fälle, von denen der eine früher luetisch inficirt war. In beiden regelmässig Anschwellung der Ohrspeicheldrüsen bei der geringsten Erkältung. Unerklärt. Therapie machtlos. ZARNIKO.

38) **V. Lange** (Kopenhagen). **Ein Fall von periodischer Speicheldrüsenschwellung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 6. 1912.*

35jähr. Mann leidet seit 5 Jahren an plötzlich auftretenden, sehr starken Anschwellungen der Speicheldrüsen, zuerst der Gl. parotideae, später auch der submaxillares und sublinguales. Völlig unerklärt. Da Patient früher luetisch inficirt war, wurde Jodkali verabreicht, ohne jeglichen Erfolg. ZARNIKO.

39) **O. Levinstein** (Berlin). **Ueber eine eigenartige Secretionsanomalie der Ohrspeicheldrüse.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 3. 1912.*

Speichelfontäne aus dem Parotisausführungsgang, die sich wiederholt hintereinander durch Anlegen des Kehlkopfspiegels an dem weichen Gaumen in Thätigkeit setzen lässt. W. SOBERNHEIM.

40) **Narath** (Heidelberg). **Ueber operative Eingriffe bei der Pneumatocele der Parotis und des Ductus Stenonianus (Glasbläsergeschwulst).** *Deutsche Zeitschrift f. Chir. Bd. 119. 1912.*

Bei einem 42jährigen Glasbläser entstand beim Aufblasen der Backen auf der einen Seite eine Geschwulst in der Gegend des Ductus Stenonianus und der

Parotis, welche durch Compression unter gurrenden Geräuschen verschwand. Operation: Exstirpation der Pneumatocele und Aetzung restirender Drüsenreste.

SEIFERT.

41) **A. Meyer** (Berlin). **Zur Kenntniss der acuten miliaren Pharynxtuberculose.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 5. S. 1061. 1913.*

Mittheilung von 2 Fällen acuter Miliartuberculose des Rachens (weicher Gaumen, Gaumenbögen, Tonsillen, hintere Rachenwand) bei 30 Jahre altem und 44 Jahre altem Manne. Starke Schwellung der Halsdrüsen. Lungenspitzenkatarrh.

OPPIKOFER.

42) **Engelmann** (Hamburg). **Rachentuberculose.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 9. S. 435. 1912.*

Ein Fall, der durch sein vielfach wechselndes Bild der Diagnose grosse Schwierigkeiten bereitete.

ZARNIKO.

43) **R. Santaló** (Madrid). **Ein Fall von primären chronischen Tuberculosegeschwüren der Gaumenmandeln. (Un caso de tuberculosis ulcerosa cronica y primitiva de ambas amigdales palatinas.)** *Boletin de Laring. Sept./Oct. 1910.*

Tuberculöse Geschwüre traten nach beiderseitiger Tonsillectomie auf der Wundfläche auf.

TAPIA.

44) **M. Koenigstein. Lues maligna pharyngo-nasalis.** Sitzung der Warschauer oto-laryngol. Ges., 7. November 1912. *Posiedzenie Warszawskiego T-wa oto-Laryngologicznego.*

Demonstration eines 38jährigen Kranken, dem die genannte Krankheit das Palatum durum et molle, die vorderen und die hinteren Pharynxbögen, die Nasenscheidewand, Muscheln und die nasale Wand des Antrum Highmori zerstört hat. Gegenwärtig nach der Heilung trägt der Patient einen eigens hierfür construirten Apparat, welcher die Sprache verbessert und das Athmen durch die Nase ermöglicht.

A. v. SOKOLOWSKI.

45) **Z. Donogány** (Budapest). **Ueber die Behandlung der acuten Tonsillitis.** *Orvosi hetilap. No. 50. 1912.*

Verf. befürwortet die interne Chininbehandlung der Tonsillitiden (Abends um 7 und 8 Uhr je 0,50 g Chininum bisulfuricum bei Erwachsenen; Kindern entsprechend weniger). Bei starker Dysphagie, bei Tonsillitis confluens, besonders aber bei parenchymatösen Formen, war Verf. mit der von Polyak vorgeschlagenen Stauungsbehandlung nach Bier sehr zufrieden. Umschläge und Gurgelwässer sind nebensächlich, letztere sollen wenigstens nicht ätzen.

POLYAK.

46) **Janube. Complicationen der Angina. (Complications de l'angine.)** *Revue méd. de la Suisse Romande. 8. April 1912.*

Verf. hat in einem Mädchenpensionat eine Epidemie von ungefähr 30 Fällen von Angina follicularis beobachtet. In zwei Fällen waren Complicationen vorhanden

und zwar bestand diese im ersten Fall in einer Pericarditis, die normal verlief. Im zweiten Fall trat ein Recidiv auf, das ebenso wie die primäre Angina heilte. Nach zwei Tagen plötzliches Eintreten einer Appendicitis mit darauf folgender allgemeiner Peritonitis. Es wurde die Laparotomie gemacht und es fand sich allgemeine Entzündung des Peritoneums mit Fibrinauflagerungen. Im Eiter fand sich Streptococcus. Die Patientin ging zu Grunde. FINDER.

47) **G. B. Wood. Tonsillen und Tuberculose. (Tonsils and tuberculosis.)** *Pennsylvania medical journal. Juni 1912.*

Verf. ist der Ansicht, dass eine Tuberculose der Tonsille nur in Ausnahmefällen zu einer Lungenerkrankung auf dem Lymphwege führen kann und dass solche Infection nur möglich ist, wenn bestimmte anatomische Bedingungen vorhanden sind. Bei seinen Untersuchungen fand Verf., dass wenn die Tonsillen inficirt waren und im Anschluss daran die Halsdrüsen vereiterten, die sich schliesslich entwickelnde Lungenerkrankung stets eine Miliartuberculose war, die dadurch zu Stande kam, dass die Mikroorganismen durch den Truncus lymphaticus jugularis zu den Blutgefässen gelangten. In keinem Fall war eine directe Verbreitung der Erkrankung zu den Lungenspitzen vorhanden. EMIL MAYER.

48) **Johannes Schürer. Ueber septische Rheumatoide.** Aus der med. Klinik in Heidelberg. *Münchener med. Wochenschr. No. 45. 1912.*

Nach einer kurzen Erörterung über die klinische Bedeutung der Streptokokken und über deren ätiologische Bedeutung bei verschiedenen Erkrankungen, insbesondere bei Polyarthritis rheumatica bezw. septica verbreitet sich Verf. eingehender über die Biologie des Streptococcus viridans sive mitior, dessen ätiologische Bedeutung für die Endocarditis lenta, für die atypische „septische" Polyarthritis, dessen Nachweis in den Erkrankungsherden und im Blute, sowie über dessen culturelle Eigenschaften. Ein klinischer Fingerzeig für derartige acute „septische" Polyarthritiden, die vielfach durch diesen Streptococcus viridans verursacht werden, liegt in dem Nachweis, dass diese Erkrankungen sich gegenüber Salicyl in den verschiedensten Formen refractär verhalten, während sie durch Antipyrin und seine Derivate des Oefteren günstig zu beeinflussen sind. Anschliessend berichtet Verf. in extenso über 3 Fälle einschlägiger Art, die fast jeglicher Behandlung trotzten, bei denen durch vollständige Ausschälung der theils chronisch, theils vorher acut erkrankten Gaumentonsillen eine mehr minder rasche Heilung erzielt wurde. Bei dem ersten, chronisch verlaufenden Fall versuchte man auch durch ein Pferdeserum, das mit Culturen von Streptococcus viridans von dem eigenen Stamm der Patientin eigens von den Höchster Farbwerken hergestellt wurde, eine Beeinflussung der Krankheit, jedoch ohne Erfolg. Der zweite Fall wurde mit dem gleichen Serum gespritzt und zeigte nach einigen Tagen allmählich eine Besserung. Die grössere Bedeutung für die Therapie schreibt Verf. der Exstirpation der Tonsillen zu, während er sich von der Tonsillenschlitzung — unter Hinweis auf die Berichte Krehl's — bei der rheumatischen Polyarthritis keinen Erfolg verspricht. Aetiologisch muss jedenfalls der septische Gelenkrheumatismus als eine besondere Erkrankung von der eigentlichen Polyarthritis rheumatica

abgegrenzt werden, wenn auch die rein klinische Unterscheidung vielleicht nicht in allen Fällen möglich ist. HECHT.

49) **Joseph R. Wisemann. Herzkrankheiten als Nachkrankheit nach Tonsillarinfection. (Cardiac sequelae of tonsillar infection.)** *New York state journal of medicine. August 1912.*

Verf. gelangt zu folgenden Schlusssätzen: Jeder Fall von Tonsillitis oder Halsentzündung soll als ernstliche Krankheit angesehen und mit Bettruhe behandelt werden. Jeder Fall soll, bevor er entlassen wird, sorgfältig auf Herz und Urin untersucht werden. Herzcomplicationen nach Halsinfectionen sind bei Weitem häufiger, als man gewöhnlich annimmt. Wenn Erscheinungen Seitens des Herzens auftreten, so sollten sie durch prolongirte Bettruhe behandelt werden.

EMIL MAYER.

50) **Matsui. Ueber die Gaumenlähmung bei der Gaumentonsillenhypertrophie.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngol. Bd. 18. H. 1. 1912.*

Bei einer 23jährigen Bauersfrau sah Verf. eine linksseitige Gaumenlähmung mit einer starken Hypertrophie der gleichseitigen Tonsille combinirt, die seit 10 Jahren an recidivirender Entzündung zu leiden pflegte. Diese Lähmung verschwand fast vollständig nach 10 Tagen nach der Operation. Verf. kommt daher zum Schluss, dass diese Lähmung von musculärer Natur durch mechanischen Druck bedingt sei. Eine unvollständige Gaumenlähmung dieser Art könnte durch genaue Untersuchung nicht selten gefunden werden. KUBO.

51) **H. Koplik. Infectionen nach Tonsillotomie nebst einer Betrachtung über die Formen solcher Infectionen. (Infections following tonsillotomy with a consideration of the forms of such infections.)** *American Journal of medical sciences. Juli 1912.*

Verf. macht auf drei verschiedene Formen von Sepsis aufmerksam, die nach der chirurgischen Entfernung der Tonsillen auftreten kann: 1. Die Form, die sich in einem Fieber, das eine oder mehrere Wochen anhält, äussert, ohne dass Endocarditis oder andere Krankheiten sich entwickeln. 2. Fieberhafte Fälle, in denen sich entweder Zeichen einer leichten Endocarditis entwickeln oder eine schwere, tödtlich verlaufende Endocarditis. 3. Eine Form, die offenbar hämatogenen Ursprungs ist und destructive Veränderungen im Blut verursacht mit Zeichen von Sepsis, wie diffuse hämorrhagische Ecchymosen auf der Haut, Petechien, bronchopneumonische Herde u. s. w. EMIL MAYER.

52) **A. H. Sawins. Tonsillectomie. Ein neues Tonsillen- und Septummesser. (Tonsillectomy and a new tonsil and nasal septum knife.)** *The Laryngoscope. 1912.*

Das Messer, das auch dafür empfohlen wird, um knorplige Vorsprünge vom Septum fortzuschneiden und um den Schleimhautschnitt bei der submucösen Resection zu machen, hat eine vollkommen runde Schneide von 5 mm Durchmesser

und ist äusserst dünn — 0,4 mm dick. Die Schneide steht in einem Winkel von 30° zu der Längsachse des Griffs. Mit diesem Messer wird die Schleimhaut, welche die X-freie Oberfläche der Tonsille bedeckt, durchschnitten, und zwar wird die erste Incision gewöhnlich zwischen Tonsille und hinterem Gaumenbogen gemacht. Mit dem Messer kann die ganze Tonsille umschnitten werden.

EMIL MAYER.

53) **L. J. De Swarte. Automatischer Tonsillennäher. (Automatic tonsil suturer.)** Demonstrirt im österreichischen Docentenverein. *The Laryngoscope. August 1912.*

Als Vorzüge seines Instrumentes rühmt Verf.: 1. Die Naht ist fest und kann nicht abgleiten. 2. Wir haben ein Instrument weniger in der Mundhöhle. 3. Beide Tonsillen können mit einer Naht armirt werden, bevor noch durch die Operation auf der einen Seite in Folge der Blutung das Operationsfeld der anderen Seite unübersichtlich wird. 4. Der Patient kann leicht expectoriren, ohne dass wir das die Tonsille haltende Instrument entfernen müssen. 5. Die Construction und Manipulation des Instruments ist sehr einfach. 6. Bei Operation in allgemeiner Narkose kann man leicht den Patienten auf eine Seite drehen, damit die Flüssigkeit aus der Mundhöhle fliesst, ohne dass ihm ein Instrument aus dem Munde hängt. 7. Die Drahtschlinge kann mit Leichtigkeit über die Naht gelegt werden.

EMIL MAYER.

d) Diphtherie und Croup.

54) **Notiz des Herausgebers. Präventive Methoden gegen Diphtherie. (Preventive methods against diphteria.)** *Journ. american medical association. 31. August 1912.*

Verf. berichtet besonders über die statistischen Arbeiten von Abel. Er sagt, das, was Abel über die hohe Diphtheriesterblichkeit in Deutschland, verglichen mit der in anderen Ländern Europas, nachgewiesen habe, treffe auch auf Amerika zu. In New York betrage die Sterblichkeit 2,39 und in Chicago 3,91.

EMIL MAYER.

55) **Schanz** (Dresden). **Zur Prophylaxe der Diphtherie.** *Med. Klinik. No. 8. 1913.*

Bei dem Kampfe gegen die Diphtherie wird man nicht nur die Diphtheriebacillen zu berücksichtigen haben, sondern auch jenen bisher noch unbekannten Factor, welcher ihn im Diphtherieprocess erst giftig macht. Da wir diesen Feind noch nicht kennen, müssen wir uns darauf beschränken, den Kranken während der Krankheit zu isoliren und die Gegenstände seiner Umgebung gründlich zu reinigen. Die Dauerausscheider der Bacillen werden nur so weit, als sie Diphtherie überstanden haben, gefährlich erscheinen.

SEIFERT.

56) **Sittler** (Colmar). **Die Therapie der Diphtherie.** *Fortschr. der Medicin. No. 9. 1913.*

Als erste wichtige Regel bei der Serumtherapie gilt die Forderung einer möglichst sofortigen Injection. Betreffs Dosirung des Serums plaidirt Verf. für möglichst grosse Dosen. Die Art und Weise der Einverleibung, die localen Be-

handlungsmethoden, die allgemein geltenden Vorschriften und die Behandlung der postdiphtherischen Lähmungen werden in eingehender Weise besprochen.

SEIFERT.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

57) L. D. Davis. **Beobachtungen über Schwebelaryngoskopie nebst Bemerkungen über einige Fälle. (Observations on suspension laryngoscopy with the notes of a few cases.)** *Brit. medical journ. 18. Januar 1913.*

Beschreibung der Killian'schen Methode. Verf. räth, zunächst Zunge, Pharynx und Larynx mittels 20proc. Cocains unempfindlich zu machen und dann Chloroform anzuwenden. Er hat die Methode in 5 Fällen angewandt, davon dreimal bei Kindern. Ein guter Ueberblick über Pharynx, Hypopharynx und Larynx wurde in 4 Fällen erzielt, bei dem einen ein Kind mit Stridor laryngis betreffenden Fall jedoch konnte wegen des Würgens und der Schleimsecretion nichts gesehen werden. Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Methode die beste bisher vorhandene für directe Untersuchung und Operation an Pharynx und Larynx ist, wegen der Grösse des Gesichtsfelds, der ausgezeichneten Beleuchtung und der Möglichkeit, beide Hände zu gebrauchen.

JOHN WRIGHT.

58) **Rendu** (Lyon). **Treachoskopie mittels Durchleuchtung. (Tracheoscopie par transillumination.)** *Lyon médical. 22. December 1912.*

Verf. bringt ein Verfahren wieder zu Ehren, das, wie P. Garel erinnert, bereits von Voltolini angewandt wurde. Es besteht darin, dass man im Dunkeln den Kehlkopf untersucht, während man längs der Trachea eine Durchleuchtungslampe entlang führt. Man bekommt so laryngoskopische Bilder, die über den genauen Sitz einer Trachealverengerung unterrichten können.

GONTIER DE LA ROCHE.

59) **Guisez. Sechs Fälle von Fremdkörpern in der Trachea und den Bronchien, von denen zwei bei demselben Kinde mittels Bronchoskopie behandelt. (Six cas de corps étrangers trachéaux et bronchiques etc.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XV. No. 3. 1912.*

Knabe von 10 Jahren mit einem Zwetschenkern im linken Bronchus. Extraction mittels oberer Bronchoskopie versucht und nach Tracheotomie beendet. — Kind von $6^1/_2$ Jahren hat vor 2 Jahren Eisenfeilspäne aspirirt. Mittels Bronchoskopie wird der grösste Theil extrahirt. Im Anschluss an die Sitzung Tracheotomie nothwendig. — Im dritten Fall zeigt die Radiographie den Fremdkörper im linken Bronchus. Nach wiederholten bronchoskopischen Sitzungen wird der Fremdkörper, ein Ring, im rechten Bronchus gefunden und extrahirt. — Bei einem 9 Monate alten Säugling werden in 2 Sitzungen 2 Agraffen aus der Trachea und aus dem subglottischen Raum mittels unterer Tracheoskopie extrahirt. — Fall 5 betrifft ein 16 Monate altes Kind, das ein Stück Eischale aspirirt hat. 15 Tage später Tracheotomie. Es wird von Guisez autoskopisch der Fremdkörper aus dem Larynx extrahirt, doch kann das Kind nicht decanulirt werden,

weil sich Granulationen im subglottischen Raum gebildet haben. Während der Dilatationsbehandlung geht das Kind an Bronchopneumonie zu Grunde. — Endlich der letzte Fall, ein Kind von 5 Jahren betreffend, bei dem ein Stück Fleisch aus der Trachea entfernt worden ist. LAUTMANN.

60) **M. Magnini. Ueber Fremdkörper der Luftwege und hineingefallene Intubationsröhre im Besonderen. (Sui corpi estranei nelle vie aeree; caduta di tubi da intubazione.)** *Atti della clinica oto rino-laringoiatrica di Roma (Ferreri). 1912.*

Im ersten Theil seiner Arbeit bespricht Verf. die Fremdkörper im Allgemeinen, er giebt auch eine 130 Fälle umfassende Statistik (die aber auf Vollständigkeit keinen Anspruch machen kann. Red.), in der die Aufführung von 30 Fällen von lebenden Fremdkörpern (in der Hauptsache Blutegel) interessant ist.

Im zweiten Theil berichtet Verf. über 2 Fälle, in denen Intubationsrohre in die Trachea gerutscht waren. Im ersten Fall handelte es sich um diphtherischen Croup, im zweiten um Maserncroup. Die Intubation wurde mit O'Dwyer'schen Tuben No. II gemacht.

Im ersten Fall trug das Kind die Tube 8 Tage, in den letzten 4 Tagen zweimal spontane Extubation. Am 9. Tage Einführung von O'Dwyer No. III, dann Expulsion am nächsten Tage, worauf Intubation mit Valagussa No. II, die 4 Tage getragen wurde. Als dann instrumentell extubirt werden sollte, wurde die Tube plötzlich mit dem Intubationsinstrument nicht mehr gefühlt. Gleichzeitig heftige Dyspnoe. Mittels Röntgenstrahlen stellte man fest, dass die Tube im rechten Bronchus sass. Es gelang, sie mit einer Zange zu extrahiren. Im zweiten wurde O'Dwyer No. II und No. IV 22 Tage getragen, dann wiederholte Autoextubationen; es wurde mit O'Dwyer 5mal im Laufe von 17 Tagen reintubirt; dann 15 Tage lang Anwendung einer Tube nach Valagussa. Beim Versuch der instrumentellen Extubation dasselbe Vorkommniss wie in Fall I. Tracheotomie: Die Tube lag in der Trachea. Fall I endete tödtlich, Fall II wurde geheilt. CALAMIDA.

61) **A. Zografides** (Athen). **Seltener Fall eines Blutegels in der Trachea.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 65. 1913.*

Bei dem 40 Jahre alten Jäger war die Diagnose auf Larynxtuberculose gestellt worden; es bestanden Dyspnoe, Hustenanfälle, blutiger Auswurf und Schluckbeschwerden. Der Blutegel sass im Larynx, fiel bei dem Extractionsversuch in die Trachea und wurde von dort mit Hilfe des tracheoskopischen Rohres entfernt.

OPPIKOFER.

62) **S. Yankauer** (New York). **Ein neues Verfahren zur Sicherung des Arztes bei der Bronchoskopie.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 3. 1912.*

Comprimirte Luft durch ein am Handgriff des Bronchoskops befestigtes Rohr geleitet, bläst die Exspirationsluft des Patienten, Chloroform- oder Aetherdämpfe und alle Expectoration in rechtwinkliger Richtung fort, so dass das Auge ungefährdet bleibt. — Apparat wird von H. Pfau, Berlin, angefertigt. W. SOBERNHEIM.

63) **Botey** (Barcelona). **Fall von Bronchoscopia inferior nebst Extraction eines tief im linken Bronchus eingekeilten Fremdkörpers. (Cas de bronchoscopie inférieure avec extraction d'un corps étranger profondement enclavé dans la bronche gauche.)** *Gaceta medica catalana. Januar 1912.*

6jähriger Knabe, der eine Piniennuss aspirirt hatte. Keine Dyspnoe, kein Husten. Bronchoscopia superior in Chloroformnarkose; Respirationsstörung nöthigt, Tracheotomie zu machen. Zwei Tage später wurde unter Cocainanästhesie die Extraction gemacht. Heilung. TAPIA.

64) **John G. Hunt. Bericht über einen Fall von Aspiration einer silbernen Tracheotomiecanüle und Entfernung mittels unterer Bronchoskopie. (Report of a case of aspiration of silver tracheotomy canula and removal by lower bronchoscopy.)** *Annals of otol., rhinol. and laryngol. Juni 1912.*

36jährige Frau, die seit einer vor 6 Jahren wegen Croup vorgenommenen Tracheotomie eine Canüle trug. Als sie die Canüle eines Tages wechselte, brach das Schild ab und das Rohr rutschte in die Trachea. Es erfolgte ein kurzer Spasmus, während dessen Patientin schnell eine zweite Canüle einführte, worauf sie ohne Beschwerden blieb. Mittels des Jackson'schen Bronchoskops wurde die Tube im linken Bronchus 6 cm hinter der Bifurcation entdeckt und entfernt.

EMIL MAYER.

65) **A. Martin** (Barcelona). **Kieselstein aspirirt und in der ersten Bifurcation des rechten Bronchus festgehalten. (Piedra aspirada y detenida en la primera bifurcacion del bronquio derecho.)** *Revista Barcelonesa de enfermedades de oido, garganta y nariz. 30. Juni 1911.*

Tracheotomie, Bronchoscopia inferior. Der Fremdkörper ist im Augenblick, wo die Tracheotomie gemacht wird, durch den Husten nach oben geworfen worden und bleibt unterhalb der Stimmlippen sitzen. Die Canüle wird eingesetzt und der Fremdkörper bleibt oberhalb derselben, bis eines Tages beim Wechsel der Canüle der Fremdkörper zum Vorschein kam und extrahirt wurde. TAPIA.

66) **E. Fletcher Ingals. Stifte und Nägel in den Luftwegen; Bronchoskopie. (Tacks and nails in the air passages; bronchoscopy.)** *Journ. american med. association. 17. Februar 1912.*

Bericht über drei Fälle. Verf. weist auf die grosse Gefahr hin, die nach diesen Eingriffen durch Oedem der oberen Luftwege oder sogar der Lungen oder durch Bronchitis oder Bronchopneumonie entstehen kann. Verf. meint, man könne die Gefahren mildern dadurch, dass man Patienten 48 Stunden lang unter ein sonanntes „Croup-Zelt" bringt, salinische Diaphoretica und Diuretica giebt.

EMIL MAYER.

67) **Janquet. Extraction eines Fremdkörpers aus dem linken Bronchus. (Extraction d'un corps étranger de la bronche gauche.)** *Annales de la société médico-chirurgicale de Brabant. No. 1. 1913.*

Im Anschluss an die Demonstration des Falles, den Verf. in Localanästhesie operirt hatte, entstand eine Discussion über die Frage, ob Localanästhesie oder allgemeine Narkose in diesen Fällen anzuwenden sei. PARMENTIER.

68) **A. Ephraim** (Breslau). **Zur Frühdiagnose der primären Lungentumoren.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 25. 1912.*

Lungengeschwülste sind, besonders in ihren Anfängen, durch die üblichen klinischen Methoden, auch auf dem Röntgenbild schwer zu diagnosticiren. Es ist nachgewiesen, dass die überwiegende Mehrzahl der Lungentumoren, insbesondere der krebsigen, von den Bronchen ausgeht. Deshalb liegt es nahe, zu ihrer Diagnose die Bronchoskopie zu Hilfe zu nehmen. Verf. zeigt an der Literatur, besonders aber durch Mittheilung von 4 Krankheitsfällen, dass diese Methode den anderen weit überlegen ist, und fordert, dass sie in allen unklaren Fällen von intrathoracischer Erkrankung zur Anwendung gebracht werde. Gutartige Tumoren können unter Umständen auf bronchoskopischem Wege beseitigt werden. Bei bösartigen wird die Frühdiagnose chirurgischem Eingreifen weit günstigere Chancen bieten, als bisher. Vielleicht lässt sich auch von der Röntgentherapie etwas erwarten.

ZARNIKO.

69) **Harris Peyton Mosher. Eine Röhre zum Schliessen und Entfernen offener Sicherheitsnadeln. (A tube for closing and removing an open safety-pin.)** *The Laryngoscope. October 1911.*

Die Röhre ist im Wesentlichen ein doppeltes Oesophagoskop. Es besteht aus einem äusseren Rohr, welches die Sicherheitsnadel fasst, und einem inneren Rohr, das sie in das äussere Rohr hineinzieht, schliesst und extrahirt.

EMIL MAYER.

70) **Geronzi. Laryngocele.** *Socità Lanzisiana degli ospedali di Roma. Gazz. degli ospedali. 5. März 1911.*

Von der vorderen Hälfte des Randes des linken Taschenbandes entspringt ein rundlicher lufthaltiger Tumor, der bei der Athmung verschwindet. Der Fistelgang, der zur lufthaltigen Hernie führt, beginnt in der subepiglottischen Region.

CALAMIDA.

71) **Wiebringhaus. Histologische Untersuchungen über gutartige Neubildungen im Kehlkopfe.** *Dissert. Bonn 1911.*

Verf. giebt vorerst den mikroskopischen Befund bei fünf Fällen von Pachydermie; die Epithelwucherung und Verhornung sind secundäre Vorgänge; das Wesentlichste ist die chronische Entzündung des submucösen Gewebes. — Dann folgt die mikroskopische Beschreibung eines Papilloms und der mikroskopische Befund von 6 Stimmbandpolypen.

OPPIKOFER.

72) **Jacob Mischkin. Ueber Epiglottiscysten im Anschluss an einen Fall.** *Inaug.-Dissert. aus der Gerber'schen Poliklinik Königsberg 1912.*

Verf. beschreibt eine bei einem 28 Jahre alten Manne beobachtete Cyste zwischen Zungengrund und Epiglottis. Bei der Entfernung mittels der Drahtschlinge entleerte sich eine grosse Menge breiiger Substanz. Am Balge der Geschwulst sass ein Stück Knorpel, der wie Epiglottisknorpel aussah. Somit ging die Geschwulst von der Epiglottis aus resp. hing mit ihr zusammen. Auf Grund der Thatsache, dass die Cyste innen von continuirlichem mehrschichtigem Platten-

epithel ausgekleidet war, nimmt Verf. an, dass es sich um eine congenitale Cyste gehandelt hat. Verf. setzt die bis zum Jahre 1887 von Ulrich (Dissertation Würzburg) geführte Statistik der Epiglottiscysten fort. Ebenso wie Ulrich, fand auch er in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, dass die Cysten auf der lingualen Fläche der Epiglottis ihren Sitz haben. Verf. erklärt dies dadurch, dass die linguale Fläche den mechanischen Insulten seitens der Nahrung während des Schlingactes mehr als andere Theile der Epiglottis ausgesetzt ist. Die Epiglottiscysten kommen meist bei Männern im Alter von 18—50 Jahren vor. FINDER.

73) **Erich Krüger. Kleinste Larynxtumoren und ihre Behandlung.** *Dissert. Berlin 1912.*

Das Material für diese Arbeit stammt aus der Poliklinik von Passow und Katzenstein; es handelt sich um 9 Fälle von Stimmbandknötchen, von denen 6 mit der Curette, 3 durch Aetzung mit Arg. nitric. entfernt worden sind. In vier der Fälle sind die kleinen Geschwülste sorgfältig in Serienschnitte zerlegt und hat Krüger in ihnen ausnahmslos keine Drüsentumoren, sondern nur kleine Hyperplasien der Schleimhaut feststellen können. In einigen der Fälle überwogen die epithelialen Elemente, in anderen wieder das bindegewebige Chorion. Nur in einem Falle ist es Krüger gelungen, eine kleine Drüse zu finden, die er aber für durchaus accidentell hält. Er polemisirt daher energisch gegen die Auffassung von Fränkel, der die Knötchen als durch Drüsenhypertrophie entstanden anspricht und erklärt die Sängerknötchen „lediglich als Hypertrophien der Stimmlippenschleimhaut". — Zur Operation empfiehlt er kleine von Katzenstein angegebene Curetten und Aetzmittelträger. P. HEYMANN.

74) **H. Willimann** (Basel). **Ein weiterer Fall von Amyloidtumor des Larynx.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 26. H. 2. 1912.*

Der Fall betrifft einen 55 Jahre alten Gipser und zeigt bei der Untersuchung bei lebhafter Röthung und Schwellung des linken Taschenbandes und Fixirung dieser Seite in Abduction nichts Charakteristisches; die Diagnose wird durch mikroskopische Untersuchung einer Probeexcision mit Sicherheit gestellt. Zwei Röntgenbestrahlungen im Abstande von mehreren Wochen, die erste in der Stärke von 1, die zweite von $^1/_2$ Sabouraud, jedesmal mit Anwendung einer Aluminiumplatte brachten völlige restitutio ad integrum. W. SOBERNHEIM.

75) **Steinthal** (Stuttgart). **Larynxexstirpation wegen Krebs.** *Med. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 50. 1912.*

Bei einem 20 jährigen Manne Exstirpation des Larynx (in Localanästhesie) wegen eines markstückgrossen Krebsgeschwürs der rechten Kehlkopfhälfte.

SEIFERT.

76) **F. Erbrich** und **Cz. Jankowski. Totalexstirpation des Kehlkopfs. (Posiedzenia oto-layngologiczne.)** Warschauer oto-laryngolog. Sitzungen. *Medycyna. No. 32. 1912.*

Demonstration eines Kranken nach einer günstig verlaufenen Operation von

totaler Exstirpation des Larynx, wobei man zur Plastik des Oesophagus einen Theil der Haut des Halses eingenäht hat. Dem Kranken wuchsen jetzt Haare im oberen Theil des Oesophagus. Bei der Untersuchung mit dem Oesophagoskop sieht man deutlich ganze Büschel von Haaren. A. v. SOKOLOWSKI.

77) **Marschik. Vorstellung einiger nach Gluck operirter Fälle von Larynx-Pharynxcarcinom.** K. k. Ges. d. Aerzte in Wien, Sitzung vom 22. Juni 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 26. 1912.*

Die präliminare Drüsenausräumung wenigstens einer Seite hat unbedingt einer jeden Totalexstirpation des Larynx vorauszugehen. Einige Bemerkungen über die Pharynxstimme. HANSZEL.

78) **Gerber** (Königsberg i. P.). **Zur Pathologie der Trachea.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 1. 1913.*

Die 4 veröffentlichten Fälle sind mittels des Bronchoskops diagnosticirt, die Bestätigung der Diagnose ergab theils der Erfolg der Therapie (Gumma der Trachea), theils die Obduction.

Schöne colorirte Tafeln illustriren den ersten sehr seltenen Fall von Durchbruch anthrakotischer Drüsen und den zweiten von Carcinomdurchbruch aus der Speiseröhre. W. SOBERNHEIM.

79) **Wilhelm Döderlein** (Strassburg i. E.). **Zur Kenntniss der Neubildungen der Trachea.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 26. H. 2. 1912.*

Bei 2 Sectionen wurde als Nebenbefund einmal selbstständige primäre Papillombildung bei einem Tracheotomirten, das andere Mal metastatische Carcinomknötchen der Trachea und des Hauptbronchus nach primärem Uteruscarcinom festgestellt. W. SOBERNHEIM.

80) **Kaunitz** (Wien). **Zur Casuistik des primären Trachealcarcinoms.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 38. 1912.*

Primäre Trachealcarcinome kommen vorzugsweise erst nach dem 50. Lebensjahre zur Beobachtung und betreffen meist Männer. Aetiologisch dürfte ein chronischer Reiz in Betracht kommen. Histologisch sind sie entweder Cylinder- oder Plattenepithelcarcinome. Mittheilung dreier Fälle. HANSZEL.

f) Schilddrüse.

81) **Goloch** (Oniksty). **Beitrag zur Aetiologie der Deflexionslagen, im Besonderen ihre Beziehungen zur congenitalen Struma.** *Berner Dissert. Verlag Spahr. Bern 1911/12.*

Wenn bei der Geburt das Kinn von der Brust abweicht, entsteht eine Deflexion. Seit vielen Jahren wird die Frage nach der Ursache dieser pathologischen Vorderhaupts-, Stirn- und Gesichtslagen behandelt. Im Kanton Bern, der ein Kropfland ist, kommen auf 6174 Geburten der Frauenklinik weit mehr Deflexionslagen vor als in kropffreien Ländern, nämlich 90 = 1,45 pCt. Aus den betreffenden

Beobachtungen folgt: 1. dass die congenitale Struma als einer der ätiologischen Factoren für Deflexionslagen anzusehen ist; 2. dass der angeborene Kropf in manchen Fällen als Geburtstrauma in Folge der fehlerhaften Haltung entstehen kann; 3. dass die Struma congenita in der Berner Gegend viel häufiger als anderwärts beobachtet wird und damit die grössere Zahl der Deflexionslagen in Verbindung steht.

JONQUIÈRE.

82) **T. v. Verebély** (Budapest). **Ueber papilläre Strumen.** *Orvosi hetilap. No. 49. 1912.*

Mittheilung von 4 Fällen. I. Diffuser Kropf, seit langen Jahren, beginnt plötzlich zu wachsen unter Symptomen der Malignität. Die ursprünglich colloide Geschwulst war durch ein zottiges Gewächs total infiltrirt und mit den benachbarten Muskeln verwachsen. Dauernde Heilung nach totaler Strumektomie. II. Langsam wachsender Strumaknoten, welcher im Verlaufe eines Abortus unter heftiger Blutung rapid wächst und operirt werden muss. Neue Geschwulst in der Narbe mit Fistelbildung. Heilung nur nach totaler Exstirpation. Der zottige Knoten hat sich wahrscheinlich im Verlaufe der Epithelregeneration gebildet. III. Langsam entwickeltes Recidiv, dessen Ursprung unbekannt ist. Die polycystische, zottige, maligne Geschwulst hat fast die ganze Schilddrüse und auch die Umgebung infiltrirt. IV. Zottiges Gewächs an der Wand der charakteristischen blutenden Kropfcyste. Fälle I und II gehören in die Gruppe der Langhans'schen Papillome. Fall III ist am richtigsten Struma papillaris cystica maligna zu nennen, während Fall IV eine zweifellos benigne Cyste ist, an welcher das kleine zottige Gewächs beinahe als accidenteller Befund gelten kann. Ebenso wie colloide, folliculäre und celluläre Kröpfe Uebergangsserien von der einfachen Hypertrophie bis zu den Krebsen besitzen, kann diese Regel für die papillären Strumen gelten. Sie haben benigne und maligne Formen, letztere kann soliden oder cystischen Charakter besitzen. Der erstere kann knotig (Struma papillaris solida nodosa maligna) oder infiltrirend (Struma papillaris solida infiltrans), die cystische Form aber mono- oder polycystisch und partim nodosa sein.

Die Langhans'sche Annahme, dass Papillom gleichbedeutend mit Malignität sei, ist anatomisch derzeitig noch nicht bewiesen. Verfasser schlägt zur Bezeichnung „Struma papillaris" vor, welcher Name nur eine anatomische Bedeutung hat, daneben sollen dann die übrigen zur genaueren Definition nöthigen Adjectiva gefügt werden.

POLYAK.

83) **Blanc-Perducat** (Lyon). **Perforation der Trachea in Folge Krebs der Schilddrüse. (Perforation trachéale par cancer thyroidien.)** *Lyon médical. 22. December 1912.*

Es handelte sich um eine carcinomatös gewordene Struma; es bestand linksseitige Recurrenslähmung. Drei Wochen vor dem Exitus trat fortwährendes und reichliches Blutspucken auf. Die Autopsie ergab eine Ulceration der Trachea mit carcinomatösen Granulationen in derselben.

GONTIER DE LA ROCHE.

84) **Fauser** (Stuttgart). **Die augenblicklichen Anschauungen über psychische Störungen bei Basedow.** *Med. Corr.-Bl. d. Württ. ärztl. Landesver. No. 50. 1912.*

Manche Formen von Basedow-Psychosen nähern sich dem manisch-depressiven

Formenkreis, andere Fälle nähern sich in mehr oder weniger ausgesprochener Weise dem Symptomencomplex der Dementia praecox. SEIFERT.

g) Oesophagus.

85) **Garel** uud **Gignoux** (Lyon). **Narbenstenose des Oesophagus. (Sténose cicatricielle de l'oesophage.)** *Lyon médical. 17. September 1912.*

Verff. erörtern die Vortheile der langsamen retrograden Caoutchoucdilatation nach Sargnon an der Hand eines Falles von Narbenstenose, bei welchem langdauernde elektrolytische Sitzungen nur wenig genützt hatten. Letztere Methode erscheint ihnen der Caoutchoucdilatation weit unterlegen, deren einziger Nachtheil ist, dass sie für den Patienten bisweilen etwas beschwerlich ist.

GONTIER DE LA ROCHE.

86) **Sargnon** (Lyon). **Narbenstenosen des Oesophagus. (Sténoses cicatricielles de l'oesophage.)** *Lyon médical. 15. September 1912.*

Drei Fälle: Einer betrifft ein $7^1/_2$ Jahre altes Kind, bei dem die Stenose 7 Jahre nach dem Unfall auftrat. Bei dem zweiten Fall sass ein Orangenkern bei einem 7 jährigen Kinde zwischen zwei Verengerungen; Gastrostomie. Im dritten Fall handelte es sich um einen theilweise vernarbten peptischen Abscess in der Höhe der Cardia; die Diagnose wurde mittels retrograder Oesophagoskopie gestellt.

GONTIER DE LA ROCHE.

87) **A. Réthi** (Budapest). **Ueber Oesophagusstenose.** *Orvosi hetilap. No. 49. 1912.*

In einem Falle von wahrscheinlich postdiphtheritischer Narbenstenose der Speiseröhre waren Stellung der Diagnose und Dilatation der Stenose nur mit Hülfe der Oesophagoskopie ausführbar. POLYAK.

88) **Frimaudeau. Diagnose und Studium der Speiseröhrenverengerungen mittelst der Radioskopie. (Diagnostic et étude des rétrécissements de l'oesophage par la radioscopie.)** *Dissert. Bordeaux 1911.*

Verf. vergleicht die Radioskopie und Oesophagoskopie mit einander, bespricht die Vortheile und Nachtheile dieser Methoden und kommt zum Schlusse, dass diese beiden Methoden einander ergänzen sollen. Es sollte aber regelmässig mit der Radioskopie als dem schonenden Verfahren begonnen werden; denn die Radioskopie giebt werthvolle Aufschlüsse für die nun folgende Oesophagoskopie und kann manchmal sogar die für den Patienten höchst unangenehme und nicht ganz ungefährliche Oesophagoskopie entbehrlich machen. OPPIKOFER.

89) **Ch. Meyer. Ueber einen Fall von Perforation eines Geschwürs im abdominalen Theile der Speiseröhre. (A propos d'un cas de perforation d'un ulcère de l'oesophage.)** *Dissert. Nancy 1911.*

Bei dem 28 Jahre alten Mädchen wurde die Diagnose auf Peritonitis in Folge Perforation eines Magengeschwürs gestellt. Bei der Laparotomie fand sich die Perforation nicht im Magen, sondern im abdominalen Theil der Speiseröhre (2 cm

über der Cardia in der vorderen Wand Oeffnung von 5 mm im Durchmesser). Verschluss der Perforation durch Einstülpen des kranken Oesophagustheiles in den Magen und Reinigung des Peritoneums. Heilung. Das Mädchen hatte seit 8 Jahren zeitweise über heftige Schmerzen in der Magengegend geklagt und einmal war Blut im Stuhl nachgewiesen worden; nie Schluckbeschwerden. Nun ganz plötzlich nach vollständigem Wohlbefinden heftige Schmerzen in der Magengegend und Auftreten der Peritonitis. — Besprechung der Complicationen der Speiseröhrengeschwüre (Blutung, Perforation, Stenose). OPPIKOFER.

90) **A. T. Jurasz** (Leipzig). **Beitrag zur Fremdkörperperforation des Oesophagus.** *Med. Klinik. No. 31. 1912.*

In der neueren Literatur konnte Jurasz im ganzen 15 Fälle von behandelten periösophagealen und mediastinalen Phlegmonen in Folge Fremdkörperperforation auffinden, dazu kommt ein von ihm beobachteter Fall, in welchem eine Frau einen kleinen Knochen verschluckt hatte. Durch die Versuche, diesen nach unten zu stossen, wurde die Oesophaguswand perforirt und eine Mediastinitis erzeugt. Die collare Mediastinotomie mit angeschlossener Oesophagotomie vermochte den Process nicht zur Heilung zu bringen. Eine Extraction im Oesophagoskop wäre aller Wahrscheinlichkeit nach keine zu schwierige Aufgabe gewesen. SEIFERT.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Handbuch der speciellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege. Von Katz, Preysing und Blumenfeld. Würzburg, Verlag von Kurt Kabitzsch. Bd. III, Lief. 3—4, 5; Bd. IV, Lief. 3—4, 5—6.

Vom III. Bande des Handbuchs erscheint zunächst der Schluss der „Operationen an den Nebenhöhlen der Nase“ von Bönninghaus, enthaltend die Eingriffe bei den intracraniellen Complicationen. Nach kurzem Eingehen auf Casuistik und Diagnose wird die Therapie des extraduralen Abscesses, des Hirnabscesses, der Meningitis, der Thrombose des Sinus longitudialis und cavernosus, der Osteomyelitis behandelt.

Es folgt das ausführliche Capitel „Intranasale Chirurgie“ von Katz (Kaiserslautern). Mit Glück ist die Gefahr vermieden, hier ein Lehrbuch der Nasenkrankheiten zu schreiben; die Symptomatologie und die Diagnostik sind durchweg mit Rücksicht auf die chirurgische Indicationsstellung gestaltet. Katz ist ein Anhänger der modernen Tendenz, möglichst alle nothwendigen Eingriffe in einer Sitzung zu erledigen, möglichst klinisch zu operiren und dafür die Tamponade zu sparen. Jedoch widerräth er jedes Schematisiren und ist für Berücksichtigung der Toleranz des Kranken und der Besonderheiten des Falles. Verf. bespricht die Vorbereitungen zur Operation, die Endoskopie, die Blutungen, die Tamponade, die Chirurgie der Muscheln, Difformitäten des Septum, nasale Reflexneurosen (Resection des N. ethmoidalis), die gutartigen und bösartigen Tumoren, Ozaena, Tuberculose und Syphilis, Verletzungen, Synechien und Atresien, Fremd-

körper und Rhinolithen. Ueber einige Details lässt sich streiten: So wird die Autoskopie des Rhinopharynx nach Gyergyai und Yankauer nicht ihrer Bedeutung nach gewürdigt. Dass „Hauptindication für die hintere Tamponade Blutungen aus dem Nasenrachen“ sein sollen, erscheint mir nicht richtig; ebenso dürfte das angegebene Verfahren zur Tamponade des Rhinopharynx (Tamponade von vorn mit 2 cm breiten Gazestreifen) oft nicht zum Ziele führen. — Die Bezeichnung des blutenden Septumpolypen als „Fibroangiom“ entspricht kaum seinem Wesen, da es sich wohl sicher um organisirte Blutgerinnsel mit reichlicher Gefässneubildung handelt. — Das histologische Bild des auf S. 119/120 beschriebenen Carcinomfalles würde ich nach der Wiedergabe auf Taf. 25 und 26 eher für ein Endotheliom ansprechen; damit wären die Verschiedenheiten beider Bilder leichter erklärt. — Doch das sind Einzelheiten. Das Capitel ist mit guten makro- und mikroskopischen Bildern der Krankheiten und mit schematischen Darstellungen der Operationen versehen.

K. Hoffmann (Dresden): Die orbitalen Complicationen der Nebenhöhlen. Das schwierige Capitel ist mit grosser Genauigkeit und Sorgfalt ausführlich behandelt, so dass man alles Wissenswerthe aus der Literatur hier sicher findet. Zur Darstellung der anatomischen Verhältnisse dienen u. A. die vorzüglichen, vom Verf. und von G. Ritter photographirten Nebenhöhlen-Präparate. In einem allgemeinen Theile werden zunächst die anatomischen Verhältnisse der Fascien, Venen und Lymphgefässe, sodann die Art der Propagation entzündlicher Processe auf die Orbita besprochen, endlich die Diagnose, Prognose und Therapie der Periostitis, der Abscesse und Phlegmonen der Augenhöhle. Der specielle Theil enthält die Complicationen der Entzündungen jeder einzelnen Nebenhöhle und bei Ectasie derselben.

Im IV. Bande erscheint der Schluss der Chirurgie der Schilddrüse von Gluck und Soerensen. Das Capitel zeichnet sich, ebenso wie die früheren derselben Autoren, durch Anschaulichkeit und Originalität aus. Der Kropfexstirpation schicken die Verfasser stets die Unterbindung der (gleichseitigen) Arterien voraus, und zwar geschieht diese möglichst von der Struma entfernt, die Thyreoidea inferior wird am Rande der Carotis, also ausserhalb der Gegend des Recurrens und der Epithelkörperchen, aufgesucht. Quetschungen, Zerrungen, Massenligaturen suchen die Verfasser im Interesse der glatten Heilung zu vermeiden und sind bestrebt, Blutung aus durchschnittenem Kropfgewebe durch Uebernähung zu stillen.

Das folgende Capitel: Die Laryngofissur von Hansberg beruht neben der reichen eigenen Erfahrung auf einer statistischen Zusammenstellung der in der Literatur niedergelegten Fälle. Der grössere Theil der Arbeit ist der Indicationsstellung gewidmet. Die Operation ist angezeigt: zur Feststellung der Diagnose, bei angeborenem Diaphragma, Laryngocele, Fremdkörper, Verletzungen, gut- und bösartigen Neubildungen, Perichondritis, acuter submucöser Laryngitis, Sklerom, Laryngitis subglottica chronica hypertrophica (non scleromatosa), Tuberculose, Lupus, Stenose. Besonders bemerkenswerth ist die Empfehlung der Probe-Laryngotomie bei Verdacht auf maligne Tumoren, der per vias naturales nicht entschieden werden kann, sowie der Laryngotomie bei Kehlkopf-Phlegmone, bei der sie noch nicht ausgeführt worden ist. Bei Tuberculose und Carcinom entfernt

H. auch ausgedehnte Krankheitsherde auf diesem Wege, natürlich in geeigneten Fällen. — Der zweite Theil umfasst die Technik. H. räth, den Ringknorpel und die oberen Trachealringe bei allen grösseren Eingriffen in die Spaltung mit einzubeziehen. Werden grössere Defekte gesetzt, so soll Schleimhautnaht, und am Kehlkopfeingang auch Schleimhautplastik mit Hülfe des Sinus piriformis gemacht werden. Für den oberen Kehlkopfraum wird auch die Laryngotomia transversa empfohlen.

Die „Endolaryngealen Operationen" beginnt Blumenfeld mit der Technik und dem Instrumentarium. Weit umfassender aber behandelt er die chirurgischen Krankheiten des Larynx; darunter nehmen natürlich den breitesten Raum ein die Tuberculose, die benignen und malignen Geschwülste. Mit Recht ist auf die Diagnostik, insbesondere auch auf die histologische, grosser Werth gelegt worden. Die Sachkenntniss des Verf. und die Objectivität seines Urtheils machen die Lectüre des Capitels besonders werthvoll.

Bockenheimer: „Die Tracheotomie" ist in der vorliegenden Lieferung erst zum Theil enthalten. Arth. Meyer (Berlin).

---

b) **Hohmeier. Die Anwendungsweise der Localanästhesie in der Chirurgie. Auf Grund anatomischer Studien und praktischer Erfahrungen.** Berlin 1913. Hirschwald'scher Verlag.

Das Werk umfasst 81 Seiten mit 54 Abbildungen im Text.

Für die Laryngologie von Interesse sind die Capitel über die Anästhesirung der Nebenhöhlen und des Kehlkopfs zwecks Ausführung grösserer Operationen. Bei Besprechung der nasalen Nebenhöhlen hält sich die Schilderung genau an die Braun'schen Vorschriften, die Infiltrationsanästhesie im Bereich der Schnittführung und Leitungsanästhesie der zuführenden Nerven combiniren. Zur Leitungsunterbrechung am 1. Trigeminusast werden die beiden Einstichstellen direct oberhalb des äusseren Augenwinkels und 2 cm oberhalb des inneren Winkels empfohlen, wobei die Nadel entlang der Orbitalwand etwa 4—5 cm tief eingestochen wird. Zur Unterbrechung des 2. Astes schiebt man die Nadel am unteren fühlbaren Winkel des Jochbeinkörpers nach innen und oben, an der Hinterfläche des Oberkiefers entlang bis in die Fossa pterygopalatina.

Zur Anästhesie des Kehlkopfs, speciell zum Zweck der Totalexstirpation, wird zunächst eine Injection in den N. laryng. sup. vorgenommen, wobei man die Nadel 2 cm seitlich von der Incisur des Schildknorpels in das Lig. hyothyreoid. einsticht. Ausserdem wird der ganze Kehlkopf von beiden Seiten umspritzt, so dass er in einem Polster von Anästhesirungsflüssigkeit liegt.

Zur Tracheotomie genügt Infiltrationsanästhesie.

Vor Injection in das Ganglion Gasseri zu ausgedehnten Operationen in der Nebenhöhlengegend (spec. Oberkieferresection) wird gewarnt, da nach ihrer Ausführung schon Ohnmacht, Erbrechen, tiefer Schlafzustand beobachtet wurden.

Albrecht (Berlin).

---

c) **Alfred Denker** und **Wilhelm Brünings. Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege einschliesslich der Mundkrankheiten.** Jena 1912. Gustav Fischer.

Ein neues „Lehrbuch der Krankheiten des Ohres und der Luftwege", auf dessen Titel die Namen Alfred Denker und Wilhelm Brünings stehen, erweckt bei den Fachleuten die grössten Erwartungen. Ich freue mich hinzufügen zu können, dass mit einigen Einschränkungen diese Erwartungen reichlich Befriedigung finden.

In dem Vorworte heben die Autoren hervor, dass zur Zeit, als die Niederschrift des vorliegenden Buches begonnen wurde, „noch keine einzige gemeinsame Darstellung der beiden nahe an einander grenzenden und in vielfacher Wechselbeziehung stehenden Disciplinen" existirt habe. Ich verstehe das nicht recht; das Koerner'sche Lehrbuch in ähnlichem Umfange wie das vorliegende ist 1909[1]) erschienen, die kurze „Anleitung" von Kayser, die zur Zeit, so viel ich weiss, in 7. Auflage vorliegt, trägt erstmalig das Datum 1900, und wenn man die fremdsprachige Literatur berücksichtigt, so findet man ausser vielen anderen, besonders amerikanischen Büchern die 1. Auflage des vorzüglichen Werkes von McBride (gegenwärtig in 3. Auflage) schon im Jahre 1891, das Buch von Castex im Jahre 1899. Es ist diese Vereinigung also nicht als ein Novum zu bezeichnen. War sie aber erforderlich, und ist sie als ein Fortschritt zu begrüssen? Ich habe meine Stellung zu der Vereinigung der beiden Disciplinen im Lehramt wiederholt klargelegt[2]) und würde mich freuen, wenn eine neue Thatsache oder Erscheinung im Stande wäre, mich zu widerlegen. Aber das haben die bisher erschienenen Werke nicht vermocht und das vorliegende erst recht nicht. Die beiden Gebiete sind von verschiedenen Autoren und zum Theil recht verschiedenartig bearbeitet, so dass man nicht 1, sondern 2 oder eigentlich 4, ja, wenn man will, sogar 7 verschiedene Werke zu unterscheiden hat, die zufällig der Buchbinder in einem Band vereinigt hat. — Von den Gründen der Vereinigung, welche die Autoren in ihrem Vorworte anführen, habe ich die meisten an oben angegebener Stelle schon erörtert und zu widerlegen gesucht, wenn ich auch rückhaltlos zugebe, dass die beiden Disciplinen „in vielfacher Wechselbeziehung" stehen. Aber welche zwei Organgruppen oder vielmehr welche sich mit den Krankheiten zweier Organgruppen beschäftigenden Disciplinen stehen nicht in „vielfacher Wechselwirkung" und „grenzen nahe an einander". Das Factum, dass jetzt auf sehr vielen Universitäten die beiden Fächer in einer Hand liegen, kann natürlich von denen nicht als ein Beweis aufgefasst werden, welche diese Vereinigung stets als keinem wissenschaftlichen Bedürfniss entsprechend bekämpft haben, und der einzige neu hinzugekommene Grund, der der Verbilligung, auf den unsere Autoren Gewicht zu legen scheinen, ist ein ganz äusserlicher und nicht einmal zutreffend. Soweit mir bekannt, pflegen die Verlagsbuchhändler den Preis eines Buches ceteris paribus nach der Bogenzahl zu berechnen und ein Buch von 40 Bogen etwa doppelt so hoch zu bewerthen wie eines von 20 Bogen. Es muss ja auch so sein, und die

1) Die 2. Auflage. Die erste Auflage (1906) behandelt nur Ohrenheilkunde.

2) Zuletzt und am eingehendsten Berliner klin. Wochenschr. 1909. No. 1.

geringen Ersparnisse an Buchbinderarbeit und Umschlag dürften doch kaum Erwähnung verdienen.

Als Beweis für die Möglichkeit oder Zweckmässigkeit der Vereinigung — man hat mir privatim erzählt, dass das Buch das sein soll — kann dasselbe schon deshalb nicht herangezogen werden, weil sich ja zwei Autoren zu diesem Werke vereinigt haben, von denen der eine in erster Linie als Ohrenarzt, der andere als Laryngologe wissenschaftliche Geltung hat. Und der gemeinsame Plan, nach dem beide Autoren ja arbeiten mussten, trug dieser Gemeinsamkeit mehr äusserlich Rechnung; beide Autoren sind ausgeprägte wissenschaftliche Charaktere, die ihrer Arbeit den Stempel ihres Geistes und ihrer Persönlichkeit sehr merklich aufgedrückt haben.

Sehr eigenthümlich ist die Theilung der beiden Autoren in die Bearbeitung des Werkes. Während es bisher eigentlich immer üblich gewesen ist, „die Luftwege“ — so lautet es ja auch auf dem Titel des Buches — gemeinsam und im Zusammenhang zu behandeln, hat hier der Bearbeiter der Ohrenkrankheiten auch die Abschnitte, die sich mit der Nase und dem Nasenrachenraum beschäftigen, für sich in Anspruch genommen; gleichsam in ausgleichender Gerechtigkeit sind die Krankheiten des Mundes, welche, abweichend von dem Usus, hinzugenommen worden sind, der Mundrachenraum und der Kehlkopfrachenraum von **Brünings**, dem Autor der Kehlkopfkrankheiten, bearbeitet worden.

Diese Eintheilung ist nicht zum Vortheil des Buches gewesen. Die doch zusammenhängenden Krankheiten des Rachens sind auseinander gerissen und recht verschiedenartig dargestellt; die Krankheiten der Rachenmandeln und der Gaumenmandeln sind von verschiedenen Bearbeitern beschrieben. In neuerer Zeit hat man bei Anlage grosser Handbücher, der Noth gehorchend, solche Theilungen vorgenommen. Bei dem vorliegenden, recht knappen Lehrbuche machen sich die Uebelstände der verschiedenen Behandlung, wie sie in Handbüchern ein unvermeidliches Uebel sind, geltend, ohne dass dafür das Aequivalent, die allerspeciellste Beschäftigung mit dem Einzelthema, geboten werden konnte.

Was das Werk und zwar alle seine Theile auszeichnet, ist die ebenso knappe wie gründliche Bearbeitung der Anatomie. Auch der erfahrene Specialist wird die anatomischen Darstellungen mit Interesse lesen und hier und da so manches finden, was ihm sachlich oder doch in der dargestellten Auffassung neu oder jedenfalls nicht geläufig war. Aber auch hier macht sich die persönliche Note bemerkbar, welche die Autoren durch das ganze Buch hindurch klingen lassen. Ebenso gemeinsam und der gleichen Quelle entspringend ist ein gewisser Subjectivismus, der die Arbeiten beider Verff. kennzeichnet. Trotz der ungemeinen Kürze und Knappheit — ich muss gestehen, für mein Empfinden ist an vielen Stellen, namentlich in der Behandlung der Kehlkopfkrankheiten, aber auch in der Otiatrie die Darstellung etwas zu knapp — tritt die Ansicht und die Uebung der Verff. doch etwas einseitig hervor. Auf der anderen Seite aber haben beide Verff., namentlich deutlich ist das im ersten Abschnitte bemerkbar, mit ganz besonderer Sorgfalt nach Vollständigkeit gestrebt und alles dazu gehörige zusammengetragen — Ohrenkrankheiten in der Schule, bei der Lebensversicherung, Militärdienstfähigkeit u. A. mehr; ebenso finden wir in dem Abschnitte von **Brünings** die

Technik der Oesophagoskopie, die Aortenaneurysmen und vieles Andere mehr, wenn auch ganz kurz in die Besprechung hineingezogen. Dass die Verff. gar keine Quellenangaben beigefügt haben, ist ein Mangel des Buches, der ja in einer zweiten Auflage — und bei den unzweifelhaften Vorzügen wird eine solche wohl nicht zu lange auf sich warten lassen — leicht abgestellt werden kann.

In den ersten Theilen (Denker) hat sich ein, ich möchte es nennen, Satzfehler eingeschlichen. Unter der Ueberschrift „Allgemeiner Theil. Anatomische Bemerkungen" sind nicht nur die Anatomie, sondern auch die Physiologie und die gesammten Untersuchungsmethoden abgehandelt; in den von Brünings bearbeiteten Capiteln folgen richtig auf die „anatomischen Vorbemerkungen" die „physiologischen Vorbemerkungen" und die „allgemeine Diagnostik".

Im Einzelnen auf die meist recht klaren, aber manchmal doch auch recht knappen (namentlich bei Brünings) Darstellungen einzugehen, verbietet der zur Verfügung stehende Raum. Auffallend ist bei Denker eine Vorliebe für einige bestimmte Arzneimittel, z. B. Acidum boricum, und namentlich ein grosser Optimismus in der Darstellung der Prognose. Es ist das auf der einen Seite ein Nachtheil, von anderem Standpunkt ein nicht hoch genug anzuschlagender Vorzug des Werkes und des Verfassers. Nur ein therapeutischer Optimist wird ein glücklicher Arzt sein.

In den von Brünings bearbeiteten Abschnitten tritt die grosse technische Begabung und das technische Interesse des Verf.'s manchmal etwas sehr in den Vordergrund. Alles, was technische Maassnahmen heisst, ist mit besonderer Sorgfalt und Genauigkeit ausgearbeitet. Brünings zeigt uns, dass man auch auf engem Raum vollständige und anschauliche Darstellungen geben kann; seine Beschreibung der Tracheotomie und der verschiedenen tracheotomischen Methoden, um nur ein Beispiel zu nennen, ist ein Meisterwerk an Klarheit und Anschaulichkeit. Mitunter allerdings geht das Temperament von Brünings etwas sehr energisch zu Werke. Das Morcellement der Mandeln ist eine „barbarische Methode", dagegen wird „principiell die Exstirpation resp. Enucleation" der Tonsillen empfohlen. „Gurgeln" und „die beliebte heisse Milch mit Selters" sind „völlig zwecklos" u. dergl. mehr.

Ausserordentlich zahlreich sind die Abbildungen (305), welche das Werk bringt. Naturgemäss entfallen auf die von Denker bearbeiteten Fälle fast ausschliesslich schwarze Abbildungen und Zeichnungen, während die Krankheiten des Mundes und des Kehlkopfes vorwiegend durch farbige Bilder veranschaulicht worden sind. Brünings hat einen grossen Theil der bekannten Hennig'schen Bildersammlung in Verkleinerung reproducirt, ich möchte allerdings den Kreideskizzen von Dr. Stütz entschieden den Vorzug geben; obwohl diese manchmal in der Farbe zu Bemängelungen Veranlassung geben, sind sie doch erheblich naturwahrer und individueller als die Bilder von Hennig.

Den Zweck, dem das Werk dienen soll, dem praktischen Arzt und dem Studirenden ein guter Führer zu sein, erfüllt es in vollem Maasse, und da wir an solchen guten Büchern keinen Ueberfluss haben, möchte ich dem Werke eine gute Prognose stellen; auch der Specialist wird aus demselben manche Belehrung und Anregung schöpfen. P. Heymann.

---

d) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 17. Januar 1913.

Zumsteg demonstrirt einen 19jährigen jungen Mann, welcher im Anschluss an einen längst überstandenen Kehlkopfkatarrh bei zur Zeit normalem Kehlkopfbefund eine rauhe, heisere Stimme aufweist. Er hat einen Stimmumfang von 3 Octaven; seine Sprechstimme liegt etwa auf g, der Stimmumfang reicht nach oben bis e'', in der Mitte des Umfanges ist ungefähr bei c' ein Ausfall von 1—2 Tönen. Pat. hatte früher eine Fistelstimme, diese ist ihm in Folge des Kehlkopfkatarrhs verloren gegangen, da ihm letzterer nur gestattete, heisere Töne zu bilden: und nun hat er diese gewohnheitsmässig beibehalten.

Max Levy hat an seinem selbsthaltenden Nasenspeculum noch einen kleinen, an einem Kopfbügel zu befestigenden Haken angebracht behufs Hebung der Nasenspitze.

Derselbe demonstrirt ein von ihm construirtes Nasenspeculum, dessen einer Löffel im inneren unteren Nasenwinkel liegt und dessen anderer der Mitte des Nasenflügels anliegt und für beide Nasenseiten anwendbar ist. Der eine Griff stellt einen starren Stab dar, an dem sich der andere hebelartig bewegt. Das Instrument gewährt einen klaren Ueberblick über die Nasenscheidewand, die ja in ihrem vorderen Theil durch die gebräuchlichen Specula verdeckt wird. Levy hat versucht den Nachtheil des langen Killian'schen Nasenspeculums, dass es sich nicht parallel spreizt, dadurch auszugleichen, dass er die beiden Löffel in der Ruhelage vorn etwas convergirend anfertigen liess, dann stehen sie bei einer Spreizung bis auf 9 mm noch parallel.

Busch demonstrirt das mikroskopische Präparat eines Carcinoms der rechten Tonsille. An letzterer waren papilläre, speckig aussehende Excrescenzen hervorgetreten; die Affection machte einen luetischen Eindruck. Wassermann negativ, Jodkali wirkungslos; ein exstirpirtes Stück erwies sich als carcinomatös.

Katzenstein stellt eine Frau vor, bei welcher nach einer zwischen Schild- und Ringknorpel erfolgten, ausgeheilten Schnittwunde vom inneren Schnittrande aus sich ein Granulationstumor entwickelt hat, welcher zur Hälfte das Lumen der Trachea verlegte.

Killian demonstrirt eine Patientin, welche seit einiger Zeit heiser ist. Die linke Stimmlippe kann nur bis etwa zur Cadaverstellung adducirt werden, wird aber bei der Inspiration ad maximum nach aussen bewegt. Die rechte Stimmlippe überschreitet bei der Phonation die Mittellinie, jedoch nicht bis zur Berührung mit der linken, es bleibt ein mässiger Spalt. Durch das Ueberschreiten der Mittellinie seitens der rechten Stimmlippe verläuft die Stimmritze schräg von rechts vorn nach links hinten. Der rechte Aryknorpel stellt sich bei der Adduction vor den linken. Irgend eine periphere Schädigung des linken Recurrens ist nicht, auch nicht durch das Röntgenbild wahrzunehmen. Die Untersuchung auf eine etwa bestehende centrale Ursache soll noch vervollständigt werden.

Grabower hält die Bewegungsbeschränkung der linken Stimmlippe durch ein mechanisches Hinderniss bedingt, vielleicht durch ein Exsudat an der Basis des Aryknorpels; letzterer erscheint ihm kolbig verdickt. Eine nervöse Lähmung erscheint ihm deshalb unwahrscheinlich, weil die Einwärtsbewegung der Stimmlippe bis zu der Stelle, wo sie still steht, stetig und leicht sich vollführt.

Kuttner findet die Ad- und Abduction matter und mit geringerer Energie ausgeführt als auf der normalen Seite; auch findet er die linke Stimmlippe etwas tiefer stehend als die rechte und dünner, auch schmäler. Dies spräche scheinbar eher für eine Recurrensschädigung, die bisher nur zu einer Beeinträchtigung der Action beider Muskelgruppen, noch nicht zu einer Lähmung geführt hat.

P. Heymann schliesst sich der von Grabower gegebenen Deutung des Befundes an und hält ebenfalls, soweit sich dies durch eine einmalige Untersuchung feststellen lässt, ein mechanisches Hinderniss vorliegend.

Killian bemerkt, dass Patientin bei vorgebeugter Kopfhaltung untersucht wurde und die gut übersehbare hintere Larynxwand nicht die geringste Formveränderung gezeigt hat. Eine Schwellung in der Arygegend hat er nicht gesehen. Es soll bei der Patientin noch eine Hypopharyngoskopie gemacht, die Aetiologie des Falles genau eruirt und derselbe eventuell noch einmal vorgestellt werden.

Katzenstein demonstrirt eine Binde zur Cmpression der Kehlkopfknorpel, welche er in mehreren Fällen von Recurrenslähmung nach Strumektomie mit Erfolg angewendet hat. Auch eine grosse Zahl von phonischen Störungen, bedingt durch Insufficienzen und Paresen der Mm. interni und laterales hat K. mit der Compressionsbinde erfolgreich behandelt. Auch hat er an Stelle der Pelotten breite Elektroden angebracht, um die Patienten zugleich elektrisiren zu können.

Gutzmann hat auch durch Compression der Knorpel mit Daumen und Zeigefinger gute Resultate gesehen, die instrumentelle Compression ist doch bei Verknöcherung nicht ganz unbedenklich.

Katzenstein hat bei Leuten über 55 und unter 16 Jahren den Apparat selten oder gar nicht angewendet.

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag Halle's: „Ueber Tonsillenexstirpation".

Senator warnt besonders bei Sängern vor der Operation, da hierdurch ein dauernder Schaden, insbesondere für die Klangfarbe der Stimme, entstehen kann. Gerade Amerika, von dem die Empfehlung der Operation ausgegangen sei, fange jetzt an sich dagegen auszusprechen, auch in anderen Ländern werde jetzt gegen Uebertreibung dieser Operation Front gemacht.

Finder hat bei Erwachsenen eine grosse Zahl Tonsillektomien ausgeführt und niemals unangenehme Folgen gesehen. Bei kleineren Kindern allerdings soll man die Operation auf das Aeusserste einschränken. Denn erstens bedarf es hier meist der Narkose und zweitens wissen wir nicht, ob im Kindesalter

die Tonsillen nicht wichtige Schutzorgane darstellen. Ernsthafte Nachblutungen werden am besten durch Unterbindung der blutenden Gefässe beseitigt. Die Nachschmerzen treten meist auf, wenn die Gaumenbögen erheblicher verletzt sind. Die bisweilen vorkommende Schädigung der Singstimme hält F. verursacht durch die nach Gaumenbogenverletzung erfolgende Narbenverziehung.

Echtermeyer hat in einem Falle 9 Tage nach der Tonsillectomie eine ernsthafte Sepsis beobachtet. Es traten plötzlich Schmerzen auf, der hintere Gaumenbogen war in einen grossen rothen Tumor verwandelt, die Lymphdrüsen geschwollen und sehr empfindlich. Fieber über 39 °. Nach Incision einer eitrig erweichten Stelle liessen die Symptome nach.

Barth berichtet von zwei Fällen, in denen er kurz nach der Tonsillectomie acuten Rheumatismus im Fuss- und Kniegelenk beobachtet hat. Bei Sängern räth auch er mit der Operation möglichst zurückhaltend zu sein.

Fischer hat einen ähnlichen Fall gesehen wie Echtermeyer, und zwar 3 Tage nach der Operation. Das Fieber hielt 4—5 Tage an und ging nach warmen Umschlägen zurück.

Katzenstein hält die nachtheiligen Folgen, die er bei Sängern und Sprechern nach der Operation gesehen, bedingt durch Narbenbildung und durch das Auftreten von Autophonie. Die Vernarbungen waren manchmal so intensiv, dass die Beweglichkeit des Zäpfchens behindert war und Rhinolalia aperta auftrat. K. hält die Tonsillen für Schutzorgane, da zweifellos durch das Epithel derselben wie am gesammten Lymphring eine andauernde Auswanderung von Lymphocyten stattfinde.

A. Bruck hebt als Folgeerscheinung eine Blutung hervor, welche nicht nach aussen, sondern in die Schleimhaut des Gaumens erfolgt. Die Resorption dieses Blutergusses sah er nach 2—2½ Wochen eintreten.

Halle (Schlusswort) spricht zusammenfassend sein Einverständniss mit der in der Discussion zu Tage getretenen Auffassung aus, dass die vorsichtig ausgeführte Tonsillectomie in vielen Fällen eine segensreiche Operation ist, und dass sie bei Kindern nur auf strengste Indication hin gemacht werde. Die Ausschälung der Tonsillen mit den Fingern verwirft er, die West'sche Methode hält er im Allgemeinen für die beste, die Narkose hält er für entbehrlich, wenn man man das Sluder'sche Instrument anwendet.

Sitzung vom 14. Februar 1913.

Th. Gluck: Erfahrungen auf dem Gebiete der Chirurgie der oberen Luft- und Speisewege (mit Demonstration von Patienten).

Um der bei Larynxexstirpation so gefahrvollen septischen Aspirationspneumonie zu begegnen, bietet die prophylactische Resection der Trachea und das Einnähen des Trachealstumpfes circulär in eine Haut-Boutonière eine absolute Garantie. Die Befolgung dieses Grundsatzes ist die Ursache für die ausgezeichneten Resultate der Gluck'schen Operationstechnik. Die Grundzüge des Gluck-

schen Verfahrens bei Larynxexstirpation sind die folgenden: 1. Völlige Freilegung des Kehlkopfes vor der Eröffnung der Luftwege. 2. Nach Abtrennung des Kehlkopfes vom Pharynx sofortige Schliessung des Pharynxdefects, während der Kehlkopf weit aus dem Wundgebiet hervorgezogen wird. 3. Nach Abtrennung des Kehlkopfs von der Trachea Einnähung der letzteren in die Hautwunde. 4. Schliessung der ganzen Operationswunde durch Naht. Durch diese Maassnahmen kann eine Heilung per primam intentionem eventuell in 8 Tagen erzielt werden. Gluck's Indicationen zu den einzelnen operativen Eingriffen sind die folgenden:

Die Laryngofissur ist indicirt bei Stimmlippen-Carcinomen, solange sie auf den freien Rand der Stimmlippen beschränkt sind, weder nach vorn die Medianlinie, noch nach hinten den Processus vocalis erreichen und solange die Beweglichkeit der Stimmlippe noch erhalten ist.

Bei Carcinomen, die auf die Epiglottis beschränkt sind, wird letztere an ihrer Basis abgetragen.

Vermittelst Hemilaryngectomie werden endolaryngeale Carcinome operirt, die weder die vordere Commissur, noch das Arygebiet der betreffenden Seite erreichen, nach oben über den Aditus laryng. nicht hinausreichen und nach der Tiefe das Knorpelgerüst noch nicht durchbrochen haben. Die totale Laryngectomie erfordern alle nicht auf eine Seite beschränkten Larynxcarcinome, ferner die in den Pharynx übergreifenden, auch wenn sie nur einseitig sind, und endlich alle Carcinome, welche an irgend einer Stelle das Kehlkopfgerüst durchbrochen haben.

Die Laryngofissur wegen Carcinom haben Gluck und sein Mitarbeiter Johannes Soerensen 42mal ausgeführt, die erste Serie von 35 Fällen mit einer Mortalität von 0 pCt.; unter den letzten 7 Fällen waren zwei Todesfälle, beide Patienten waren über 70 Jahre alt, der eine war Diabetiker, beide waren mit Emphysem und eitriger Bronchitis aufgenommen worden; nur 2 von den 42 Fällen haben ein Recidiv bekommen, einer hiervon wurde durch Radicaloperation dauernd geheilt.

Die Hemilaryngectomie wurde 48mal ausgeführt, die erste Serie von 28 Fällen ergab 3 Todesfälle, die letzten 20 Fälle 0 pCt. Mortalität.

Von 160 Totalexstirpationen des Kehlkopfs hatte die letzte Serie von 63 Fällen 0 pCt. Mortalität. Von 132 Operirten konnte im Jahre 1911 berichtet werden, dass 24 davon 4 bis 15 Jahre recidivfrei waren und 21 etwa 3 Jahre nach der Operation bei der Nachuntersuchung sich als recidivfrei erwiesen.

Pharynxresectionen mit Laryngectomien wurden 84 ausgeführt, mit einer Mortalität von 25 pCt., jedoch sind unter den letzten 24 Operirten nur 2 Todesfälle zu verzeichnen.

Quere Resectionen des Pharynx und Halstheiles des Oesophagus wurden 47mal mit im Ganzen 5 Todesfällen ausgeführt.

In inoperablen Fällen wird durch Organausschaltung nach Möglichkeit der vitalen Indication genügt. So wurden bei inoperablen Speiseröhrenkrebsen der intrathoracale Oesophagus nach Gastrostomie und Oesophagostomie an der Köperoberfläche durch eine Gummitrichter-Prothese ersetzt, welcher diese beiden Stomata vereinigt, so dass der Patient auf einem der Norm analogen Wege sich ausreichend ernähren kann.

Für inoperable Zustände in den Mediastinen wurde, um der Erstickungsgefahr vorzubeugen, eine Lungenfistel angelegt.

Es folgt die Demonstration einer grossen Anzahl von Patienten, um an ihnen die functionellen Endresultate, insbesondere die Sprachresultate bei den verschiedenen Operationen, zu veranschaulichen, wobei insbesondere bemerkenswerth sind die Stimme bei Bildung eines cutanen Trachealrohres, die Pharynxstimme, die Sprache ohne Zunge und die Sprache mit künstlichem Kehlkopf. Besonders interessant ist der Fall einer Patientin, welcher vor 6 Jahren der schwer tuberculöse Kehlkopf hat entfernt werden müssen, welche aber nicht im Stande ist, die Pharynxstimme mit Erfolg zu gebrauchen. Sie trägt daher einen Apparat, der unter Ausschaltung der Lungen eine deutliche Stimme ermöglicht. An einem Gurt trägt Patientin einen leichten Holzkasten, in dem 4 Blasebälge und metallenes Luftreservoir sich befinden. Vom Kasten geht ein Gummischlauch ab, welcher in einen nach dem Gesicht der Patientin modellirten Metallbügel endigt; am Ende des letzteren befindet sich eine Metallolive, die mit einer Klemme versehen ist, welche die Nasenscheidewand der Patientin zwischen ihre Branchen fasst. In der Metallolive befindet sich die Stimme und von der Olive geht ein Gummischlauch durch die Nase der Patientin bis hinter das Velum. Wenn nun die Patientin mit einer am Holzkasten angebrachten Kurbel die Blasebälge anfacht, so entweicht aus dem Luftreservoir die Luft in den Gummischlauch und bringt die Stimme in der Metallolive zum Tönen. Dieser Ton wird in den Nasenrachenraum geleitet, und wenn die Patientin gleichzeitig Articulationsbewegungen macht, so spricht sie mühelos mit lauter Stimme.

P. Heymann stellt einen 33jährigen Mann vor, der vor 4 Wochen mit Heiserkeit und stechenden Schmerzen auf der linken Halsseite erkrankte und bei dem er seit 14 Tagen auf der linken Stimmlippe, etwa im vorderen Theil des mittleren Drittels, eine ungefähr halblinsengrosse, weisslich belegte Stelle beobachtet. Wassermann negativ. Ueber das Wesen dieser Affection vermag er nichts Sicheres zu sagen.

Derselbe macht Mittheilung von einem Apparat, vermittelst dessen es gelingt, die Einführung von Flüssigkeit durch die Nase statt mit positivem Druck mit negativem Druck zu vollziehen, der die Flüssigkeit durch die Nase hindurchsaugt.

H. meint, dass durch diese Behandlung ein Theil der durch positiven Druck bei der Nasenspülung veranlassten Mittelohrerkrankungen verhütet werden dürfte.

Stephan demonstrirt die Präparate von zwei operirten Patienten mit seitlich am Halse sitzenden Geschwülsten, welche Dermoidcysten darstellen. Ihre Kapsel besitzt eine derbe bindegewebige Structur, sie sind mit einem Brei ausgefüllt, welcher mikroskopisch Epithelmassen und Cholestearin aufweist. Ein Gang war nicht vorhanden; sie lagen den grossen Halsgefässen dicht auf, waren aber leicht ablösbar; die eine Cyste war seit 7 Jahren bemerkt worden.

Sonntag demonstrirt einen Fall von Embolie der Arteria centralis retinae einer Seite nach Injection von Hartparaffin, welches einem 17jährigen, an Ozaena leidenden Mädchen beiderseits unter die Schleimhaut des Septum und

der unteren Muschel injicirt worden war. Sieben Tage danach bemerkte Patientin beim Sehen nach links eine Verdunkelung. Die Augenuntersuchung ergab eine graue Trübung, die sich von dem oberen inneren Rand der Papille, entsprechend dem Laufe des oberen nasalen Astes der Arteria centralis retinae, nach der Peripherie hin erstreckte. Eine Blutung war in der Netzhaut nicht zu sehen. Sehschärfe war normal. Das Gesichtsfeld zeigte einen Trübungsumfang von 20—40°. Sonntag hat weit über 100 Injectionen mit diesem Paraffin ohne jeden üblen Zufall ausgeführt.

Hirschmann demonstrirt eine 25jährige Patientin mit einer Ulceration von etwa Fünfmarkstückgrösse an der rechten Seite des harten Gaumens. Vor einem Jahre war es eine markstückgrosse flache Erhebung, die aus weissen stecknadelkopfgrossen Bläschen zusammengesetzt war. Wassermann negativ; Spirochäten im Ausstrich nicht vorhanden, ebenso wenig Tuberkelbacillen oder sonstige Zeichen von Tuberculose; Hg- und KJ-Behandlung ohne Erfolg. Nach Verschorfung der Ulceration und Aetzung mit Milchsäure schien die Affection sich zu bessern. Mikroskopisch erwies sich das Leiden als entzündliche granulirende Wucherung ohne jede sonstige Differenzirung. H. neigt per exclusionem zu der Diagnose „Lupus“.

West: Die Eröffnung des Thränensacks von der Nase aus.

W. bediente sich seit 1910 in mehr als 90 von ihm operirten Fällen einer Methode, welche darin besteht, dass er unter Localanästhesie die den Thränenwulst deckende Schleimhaut entfernt und alsdann ein Stück vom aufsteigenden Kieferast und auch vom Os lacrymale wegmeisselt, wodurch der Thränensack an der lateralen Nasenwand frei wird. Dann wird die nasale Wand des Sackes weggeschnitten und so eine directe Verbindung zwischen Auge und Ohr hergestellt, bei welcher die Thränen durch die Nase abfliessen.

Im Anschluss hieran stellt W. 7 Patienten vor, welche er nach seiner Methode operirt hat: Ein Fall vorher 7mal von aussen wegen einer Thränenfistel operirt, nach der Operation von der Nase aus nach kurzer Zeit geheilt, ebenso eine ursprünglich von der Nase aus operirte Patientin. Ferner eine Thränensackphlegmone, eine Eiterung des Thränensacks, eine Dakryocystitis mit Ektasie des Sackes und 2 Fälle von Epiphora. Bei allen mit Ausnahme des erstgenannten ist die physiologische Function des Thränenweges vollständig wiederhergestellt.

Grabower.

---

e) Oto-rhino-laryngologische Gesellschaft in Stockholm.

Sitzung vom 26. September 1912.

Vorsitzender: Herr Lagerlöf.

Zum Vertreter der Gesellschaft im internationalen Comité für den rhinolaryngologischen Congress wurde Holmgren ernannt.

Es wurde beschlossen, dass die Jahresversammlung der Gesellschaft Ende November stattfindet und als Thema für dieselbe „Ueber die Tonsillektomie“ bestimmt.

Bjerke berichtete über einige von ihm nach Luc operirte Fälle von Sinusitis frontalis.

Holmgren berichtete über zwei mit gutem Erfolg operirte Fälle von Cancer pharyngo-laryngis.

Witt: „Ueber die Complicationen der Nebenhöhlenempyeme, besonders bei Scarlatina". Mit einem casuistischen Beitrag.

Sitzung vom 24. October 1912.

Vorsitzender: Herr Strömberg.

Arnoldson berichtete über 2 Fälle von ulcerösen Processen in den oberen Luftwegen.

Lagerlöf demonstrirte eine 63jährige Frau, die an Schlundbeschwerden litt; am rechten hinteren Gaumenbogen war ein stark pulsirender Tumor zu sehen.

Jahresversammlung vom 30. November 1912.

Vorsitzender: Herr Lagerlöf.

Vorsitzender hiess die Theilnehmer willkommen und gab einen Ueberblick über die Thätigkeit der Gesellschaft während der vergangenen 10 Jahre.

Arnoldson berichtete über den Plan der internationalen Ozaena-Sammelforschung.

Holmgren demonstrirte 4 Patienten wegen Cancer pharyngo-laryngis nach Gluck operirt.

Es handelte sich um 3 Frauen von 26, 39 und 50 Jahren und um einen 68jährigen Mann, bei denen der Kehlkopf nebst den angrenzenden Theilen des Hypopharynx exstirpirt war; der postoperative Verlauf war normal.

Witt berichtete über den Erfolg der Forschung über das Vorkommen von Cancer im Larynx und Pharynx nach officiellen statistischen Quellen Schwedens.

Boivie demonstrirte Elliot's Trommelfellschützer, der sich bei Artilleristen als zweckmässig erwiesen hat.

Arnoldson referirte über einen mit Phrenicuslähmung verbundenen Fall von Posticusparese, der möglicherweise auf der Basis einer Poliomyelitis zu erklären wäre.

Holmgren: „Ueber Tonsillektomie" (Referat).

Discussion: Stangenberg, Holmgren, Arnoldson, Lagerlöf.

Der Vortrag wird publicirt.

Haggström: Ueber das Verhältniss zwischen dem Empyem der Nebenhöhlen der Nase und den entzündlichen Processen der Orbita im Anschluss an einen Fall".

Der Vortrag wird publicirt. E. Stangenberg.

---

f) XV. Congress der Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia.

Venedig, vom 17. bis 21. September 1912.

Vorsitzender: C. Poli (Genua).
Schriftführer: F. Brunetti (Venedig).

Erste Sitzung vom 17. September.

Referat: Inhalationstherapie der Athmungswege (Referenten: F. Lasagna und V. Nicolai).

F. Lasagna (Parma) bespricht summarisch die verschiedenen Inhalationsmethoden und die Apparate, die Indicationen der Inhalationstherapie und die von ihm mittels Inhalation von Schwefelwasser und jodhaltigen Solen erzielten Resultate.

V. Nicolai (Mailand) berichtet über eine Serie von Untersuchungen, die darauf gerichtet waren, vom pathologisch-anatomischen Standpunkt die Veränderungen zu studiren, die durch eine Inhalationscur bei der Hypertrophie der Nasenschleimhaut hervorgerufen werden.

F. Lasagna (Parma): 1. Die Wirkung jodhaltiger Solen auf die Athmungswege.

L. hat das Jodsalzwasser von Salsomaggiore in Form feuchter Vernebelungen (Adamy), Inhalationen (Siegle) und Nasenirrigationen angewandt. Er konnte einen allmählich von den ersten bis zu den letzten Tagen der Cur abnehmenden Congestionszustand der Mucosa constatiren mit nachfolgender Zusammenziehung derselben. Die therapeutische Wirkung ist dem Jod zuzuschreiben, das local und auf dem Resorptionswege wirkt. Contraindicirt sind die Wasser bei reizbaren, tuberculösen und carcinomatösen Individuen.

2. Inhalationen mit schwefelhaltigen Wassern und ihre Wirkung auf die Athmungswege.

Verf. hat zu seinen Versuchen die Wasser von Tabiano benutzt, die 75 pCt. Acid. sulfhydric. enthalten; bei Patienten mit eitrigen Katarrhen, Ozaena, Syphilis erzielte Verf. infolge Congestionirung der Schleimhaut und Verflüssigung des Secretes gute Resultate. Er schreibt dies einer Resorption des Acid. sulfhydric. durch das Blut zu, welche sich bei Thierversuchen ergab.

U. Ambrosini (Mailand): Gebrauch von Sauerstoff und von filtrirter, mit Medicamenten geschwängerter Druckluft in der Oto-Rhino-Laryngologie und bei Behandlung der Bronchial- und Lungenkrankheiten.

A. schlägt vor, an den Gummiballon eines gewöhnlichen Zerstäubers, der mit Medicamenten beschickt ist, einen Behälter mit Sauerstoff oder filtrirter comprimirter Luft anzuschliessen. Verf. hat das Volumen der vernebelten Trö[illegible] gemessen und giebt die Indicationen für die gebräuchlichen Arzneimitt[illegible]

Tommasi (Lucca): Die Inhalationen mit der Mutterlauge von Montecatini.

T. hat constatirt, dass die durch Vernebelung der Mutterlauge von Montecatini mittels des Stefanini-Gradenigo'schen Apparates erhaltenen Krystalle fast um die Hälfte kleiner sind, als diejenigen, welche man durch Vernebelung des Wassers von Salsomaggiore erhält und dass die Grösse der Krystalle um so geringer ist, je grösser die Propulsionskraft des Luftausstroms ist.

S. Citelli (Catania): Der Hentschel'sche Apparat zum Inhaliren speciell von Medicamenten.

C. hat experimentell erwiesen, dass mittels des Apparates es möglich ist, Flüssigkeiten so zu zerstäuben, dass sie bis in die feinsten Bronchialverzweigungen hineingelangen. Er hat damit bei katarrhalischen und tuberculösen Erkrankungen der Luftwege gute Resultate erzielt, ebenso als Vorbeugungsmittel für asthmatische Anfälle und besonders für acute und chronische Katarrhe der Nasenhöhlen.

J. Broeckaert (Gand): Die Hypophysektomie auf transpalatinem Wege.

Das von B. vorgeschlagene Verfahren besteht darin, dass das Gaumensegel in der Mittellinie incidirt, die Schleimhautlappen abgelöst und die horizontalen Platten des Gaumenbeins und der hintere Abschnitt der Nasenscheidewand zerstört wird. Die Keilbeinhöhle ist in der Mittellinie durch die antero-inferiore Wand zugänglich, so dass der Boden der Sella turcica zerstört werden kann. Die Operation geschieht in Narkose mit Kuhn'scher peroraler Tubage.

N. Ceccaroni (Meldola): 1. Einige Fälle von Paraffinprothesen der äusseren Nase (Methode Lagarde).

C. demonstrirt die Photographien einiger Patienten. Er rühmt die Vortheile der Anwendung von festem Paraffin.

2. Ein Fall von Rhinoplastik nach der von Hacker'schen Methode.

C. demonstrirt eine mit osteoplastischem Stirnlappen operirte Patientin; das kosmetische Resultat ist gut, jedoch muss Patientin ein kleines Metallröhrchen in der Nase tragen.

F. Lasagna: Ueber die Entwickelung der Stirnhöhle.

Nach L. giebt es drei Siebbeinzellen, die in das Stirnbein hineinwachsen können: die vordere Zelle, die den classischen Sinus frontalis darstellt, die mittlere, die sich hinter der ersteren entwickelt und nach lateralwärts bis zur Apophysis orbitalis externa gehen kann, und die hintere, die sich in der Apophysis clinoides externa findet. Es kann vorkommen, dass bei vollkommener Entwickelung die drei Zellen getrennt vorhanden sind mit drei Mündungen oder dass sie eine einzige Höhle bilden.

A. Poppi (Bologna): Radiographische Beobachtungen über die Nasenhöhlen in einem Falle von Oxycephalie.

P. zeigt Radiogramme an einem 14jährigen Knaben mit Oxycephalie und völliger Blindheit. Es findet sich Depression der Keilbeinhöhle, Synostose verschiedener Nähte, Verknöcherung des Ligamentum stylohyoideum. P. weist auf die Wichtigkeit solcher Untersuchungen bei Schädelanomalien hin.

C. Bruzzone (Turin): Ueberzähliger Zahn in der Highmorshöhle.

Es handelte sich um einen ganz gesunden Dens caninus, der sich als accidenteller Operationsbefund in einer chronisch entzündeten Kieferhöhle fand. B. führt das Vorkommniss zurück auf eine Entwickelungsstörung des Os intermaxillare und auf eine Hyperproduction von Schmelzkeimen oder auf die Bildung eines unabhängigen Keims, wie es beim Weisheitszahn vor sich gehe.

S. Pusateri (Palermo): Untersuchungen über die Pathogenese der sogenannten Nasen- und Ohrpolypen.

Auf Grund von 41 von ihm bakteriologisch untersuchten Fällen kommt P. zu dem Resultat, dass — entgegen der von Anderen ausgesprochenen Ansicht — den verschiedenen von ihm gefundenen Mikroorganismen eine ätiologische Bedeutung bei diesen Bildungen nicht zukommt.

L. Clerc (Pallanza): Granulom der Nasenhöhle infolge Fremdkörper.

Bei einem 20jährigen Mann fand sich in der rechten Nasenhöhle eine nussgrosse gestielte Neubildung, die der mittleren Muschel aufsass und sich um ein Stück Bindfaden gebildet hatte, das noch makroskopisch zu erkennen war und dessen einzelne Fasern auf den mikroskopischen Schnitten sichtbar sind.

U. Calamida (Mailand): Syphilom der Nasenscheidewand vom Typus einer Neubildung.

Ausgehend von einer persönlichen Beobachtung lenkt C. die Aufmerksamkeit auf diese nicht häufige Form, bei der ihrem klinischen Aussehen nach leicht eine Verwechselung mit anderen Erkrankungen (Epitheliom, Sarkom) vorkommen kann.

M. Artelli (Bologna): Primäre Syphilis der Nasenscheidewand, behandelt mit Salvarsan.

Es wurden in einem Abstand von 10 Tagen zwei Injectionen von je 0,23 Arsenobenzol Billon gemacht. Das Syphilom, das sich als enorme Schwellung des Septums manifestirte, verschwand rapide.

Y. Arslan (Padua): Ueber die chirurgische Behandlung der Stirnhöhleneiterungen.

A. umgrenzt die Indicationen für die Operation von aussen, er steht auf dem Standpunkt, dass da, wo die Herstellung einer freien Drainage durch Abtragung der mittleren Muschel etc. nicht genügt, eine Operation von der Nase aus nicht an Stelle des Eingriffes von aussen treten kann. An der Hand von 5 Fällen, in denen bereits der Knochen miterkrankt war und die er nach Killian operirte, zeigt A., dass, wenn man systematisch vorgeht, die Operation keine Gefahren hat und ausgezeichnete Resultate giebt.

G. Gavello (Turin): Ueber die Technik der submucösen Resection der Nasenscheidewand.

Auf Grund einer Erfahrung von 100 Fällen räth G., sich an die von Killian empfohlene Technik zu halten, sich jedoch nicht übermässig um den Schleimhautlappen auf der convexen Seite zu kümmern, sondern vielmehr um den der concaven Seite.

V. de Cigna (Genua): Schmerzlose und unblutige Tamponentfernung nach Conchotomie.

C. benutzt einen Gazetampon, dessen vorderes in die Nase einzuführendes Ende eine Kappe aus feinstem Kautschuk trägt, die zum Zwecke der Drainage mit Löchern versehen ist. Der Tampon, der sich sterilisiren lässt, kann nach 10 oder 12 Stunden entfernt werden, ohne dass Schmerzen oder secundäre Blutung auftritt.

S. Citelli (Catania): Grosses Osteom der Stirnhöhle mittels Operation geheilt.

C. demonstrirt ein grosses aus der linken Stirnhöhle eines 18jährigen Jünglings entferntes Osteom, das in die Orbita hineingewachsen war und von den vorderen Siebbeinzellen ausging. Es bestand aus concentrisch geschichteter elfenbeinerner Substanz. Der Operation folgte Heilung per primam.

A. Biasioli (Taranto): Verkalktes Enchondrom der Nase.

Der Tumor nahm seinen Ausgang von der Aussenwand der rechten Nasenhöhle und entwickelte sich im Laufe von 17 Jahren derart, dass er diese vollkommen verstopfte. Man hielt den Tumor erst für ein Osteom, die mikroskopische Untersuchung ergab jedoch, dass es sich um ein verkalktes Enchondrom handelte. Die Entfernung geschah per vias naturales mit der Säge.

G. Alagna (Mailand): 1. Angiosarkom des Oberkiefers und des Nasenrachens.

A. hat in einem Fall von totaler Resection des Oberkiefers in Folge Angiosarkom nach der Methode von Martin unmittelbar hinterher nach dem entfernten Knochenstück eine Prothese aus Aluminium modellirt.

2. Ueber einen eigenthümlichen Fall von Peritheliom des Oberkiefers.

Der Tumor wurde bei einem 56jährigen Mann beobachtet. Er hatte sich sehr langsam entwickelt und war in beide Nasenhöhlen hineingewachsen. Die histologische Untersuchung ergab ein Peritheliom.

C. Bruzzone (Turin): Cyste des Nasenrachens.

Tumor des Nasenrachens bei einem 17jährigen Jüngling, der nach Volumen, Consistenz, Sitz als Fibrom angesprochen wurde. Bei der Operation ergab sich, dass es sich um eine Cyste mit schleimigem Inhalt handelte.

A. Biasioli (Taranto): Hämoangioendotheliom des Nasenrachens.

Der Tumor war primär im Nasenrachen eines 72jährigen Mannes entstanden, entwickelte sich im Laufe von 5 Monaten, in denen er theilweise in die Nasenhöhle hineinwuchs. Der Tumor war gestielt, ohne Adhärenzen, liess sich leicht entfernen. Kein Recidiv.

A. Biasioli (Taranto): Entfernung eines Blutegels aus dem Nasenrachenraum, nachdem er 15 Tage darin gesteckt hatte.

Der Blutegel war beim Trinken in den Nasenrachenraum gerathen. Entfernung mittelst Pincette auf oralem Wege.

Zweite Sitzung vom 18. September.

Vorsitzender: C. Poli.

Referat: Anwendungen der experimentellen Phonetik auf die Klinik.

Referenten: C. Gradenigo (Turin) und C. Biaggi (Mailand).

Die Referenten haben das Thema in zwei Theile getheilt. Im ersten behandeln sie die verschiedenen Untersuchungsmethoden, die Mechanik, Akustik, Phonetik, die Bewegungen bei den einzelnen Vocalen, die Vibrationsbewegungen der Phonationsorgane. Im zweiten Theil besprechen sie die Anwendung der experimentellen Phonetik in Bezug auf die Hygiene der Stimme sowie in Bezug auf Pathologie und Therapie der Stimmorgane.

C. D. Panconcelli Calzia: Demonstration von Apparaten und Untersuchungen über experimentelle Phonetik.

C. demonstrirt die Apparate des phonetischen Laboratoriums des Seminars für Colonialsprachen in Hamburg, dessen Director er ist, sowie Resultate der an diesem Laboratorium gemachten Untersuchungen. Die beiden jüngsten Modelle sind der Laryngograph Calzia-Schneider zur Registrirung der Kehlkopfvibrationen, er kann mehr als 900 Schwingungen in der Secunde registriren, ferner das Autophonoskop Calzia, mittelst dessen man die Bewegungen der Stimmbänder beobachten und gleichzeitig eine andere Person an dieser Beobachtung theilnehmen lassen kann. C. demonstrirt ferner eine Serie von Athmungsaufnahmen bei Phonasthenikern vor und nach der athemgymnastischen Behandlung, sodann Röntgenaufnahmen des Kehlkopfes in einem Falle von Diplophonie, sowie beim Phoniren der fünf Vocale, sowie phonographische Aufnahmen mittelst des Apparates von Lioret.

G. Bilancioni (Rom): Das graphische Studium der Athmung bei Stenosen der oberen Luftwege.

Auf Grund seiner Untersuchungen bei 20 Individuen (6 mit adenoiden, 2 mit Nasentumoren, 7 mit organischen Stenosen des Larynx, 5 Tracheotomirten) kommt B. zu dem Schluss, dass, während bei den Adenoidenträgern der Athmungsrhythmus unregelmässig und weniger frequent wird, er bei den Kehlkopfstenosen unverändert bleibt, jedoch tiefer und frequenter wird. Nach Tracheotomie tritt Inversion des physiologischen Rhythmus mit Ueberwiegen der inspiratorischen Phase über die exspiratorische ein.

V. Nicolaj (Mailand): Laryngektomie wegen Krebs des Larynxinnern und prothetischer Apparat für Respiration und Phonation.

Mittheilung des mit ausgezeichnetem Erfolg operirten Falles und Beschreibung der Prothese.

S. Citelli (Catania): Neue Untersuchungen über die circulatorischen Beziehungen zwischen Schädelbasis und Rachendach.

Bei 20 Schädeln von Kindern und jungen Leuten fand C. viermal Persistiren des Canalis cranio-pharyngeus, dreimal completes und einmal incompletes. In

diesem Befund sieht C. eine neue Stütze der von ihm nachgewiesenen Beziehungen zwischen Rachendach und Hypophysis.

T. della Vedova (Mailand): Nochmals über die Bildung des Gaumens.

V. bezieht sich auf die von ihm bereits früher über diesen Gegenstand veröffentlichten Untersuchungen, zu deren Stütze er die Präparate von 8 Embryonen demonstrirt. Das Resultat seiner Untersuchungen ist, dass die Zeit der Bildung des definitiven Gaumens zwischen dem Ende des 2. und dem Ende des 3. Monats schwankt.

A. Torretta (Genua): Verwachsung des Gaumens mit der hinteren Rachenwand.

T. beschreibt drei Fälle, von denen der eine ein Folgezustand nach Adenotomie ist und bei denen er eine Prothese aus Hartgummi nach Trennung der Verwachsung angewandt hat.

G. d'Ajutolo (Bologna): Tonsilla succenturiata.

Bei einem 7jährigen Kinde, bei dem er vor 13 Monaten die doppelseitige Tonsillotomie und die Entfernung der Adenoiden gemacht hatte, constatirte Verf. auf der Vorderfläche des Gaumensegels einen Tumor in Form und Grösse eines grossen Backzahns; der Tumor war gestielt. Die histologische Untersuchung ergab lymphatisches Gewebe.

C. Caldera (Turin): Ueber die Physiologie der Gaumentonsillen.

Auf Grund einer Serie von Untersuchungen, die darauf abzielten, die Wirkung wässeriger Tonsillarextracte zu studiren, die intravenös einverleibt wurden, hält sich C. für berechtigt, zu erklären, dass man die Tonsillen nicht als Drüsen mit innerer Secretion, sondern als einfache lymphatische Organe zu betrachten habe.

T. Mancioli (Roma): Ueber einige Formen subjectiver Störungen des Pharynx.

In Fällen von schmerzhaftem Fremdkörpergefühl im Rachen fand M. stets Varicen auf der Zungenbasis, die bisweilen einseitig waren und deren Cauterisation dem Patienten immer Erleichterung und bisweilen Heilung brachte.

G. Alagna (Palermo): Ueber einen Fall von Mischgeschwulst des Gaumensegels.

Es handelte sich um ein 55jähriges Individuum mit einem grossen Tumor des Gaumensegels, Störungen beim Schlucken und Athmen. Die histologische Untersuchung ergab lipo-myxomatöses Gewebe.

S. Citelli (Catania): Ueber eine besondere syphilitische Läsion der Gaumentonsillen.

C. beschreibt eine eigenthümliche Affection der Tonsillen bei zwei Syphilitikern, die gekennzeichnet ist durch eine fungiforme Schwellung der Tonsille mit glatter und weisslich-roth gefärbter Oberfläche, die von den Plaques muqueuses verschieden ist. In beiden Fällen führte die specifische Behandlung zur Heilung.

F. Gatteschi (Florenz): Ein seltener Fall von Tonsillitis lacunaris mit grosser Ansammlung von käsigen Massen.

Es handelte sich um eine enorme Ansammlung von käsigen Massen; bei der Operation entstand eine venöse Blutung.

C. Canestro (Genua): Blutstillung bei der Tonsillektomie.

C. demonstrirt eine Klammer zur Stillung postoperativer Blutungen.

A. Canapele (Bologna): Cyste des Sinus piriformis.

Tumor von eiförmiger Gestalt, rosa Farbe, im linken Sinus piriformis einer jungen Frau. Bei der Entfernung riss er ein und es entleerte sich etwas Flüssigkeit. Recidiv; Chromsäureätzung; Heilung.

Dritte Sitzung vom 19. September.

Vorsitzender: C. Poli.

Gradenigo macht Mittheilung von der durch Alexander inaugurirten internationalen Sammelforschung über Ozaena; über den von dem italienischen Nationalcomité erstatteten Bericht entsteht eine lebhafte Discussion.

E. Mancioli (Rom): Erster Beitrag zur internationalen Sammelforschung über die Ozaena.

M. erwähnt unter Anderem einen Fall einer Gruppe von 8 ozaenatösen Individuen, die einer Familie von 15 Personen angehören; die statistischen Untersuchungen ergaben in den Schulen Roms 0,6 pCt. Ozaenatöse.

G. Masini (Genua): Ozaena und Ozaenatöse.

Nach den statistischen Erhebungen an den Schulen in Genua und der sich dabei ergebenden sehr geringen Zahl von Ozaenatösen glaubt M. nicht, dass man der Ozaena die Bedeutung einer socialen Krankheit beilegen kann; auch ihre Contagiosität ist bei Weitem noch nicht nachgewiesen.

A. Nieddu (Florenz): Die Ozaena in militärärztlicher Hinsicht.

In Anbetracht der über die Aetiologie der Ozaena schwebenden Ungewissheit glaubt N., dass man der Beurtheilung der Krankheit nur die klinischen Kriterien zu Grunde legen könne; er kommt zu dem Resultat, dass, je nach dem Stadium der Krankheit, eine Dienstuntauglichkeit resultiren könne wegen der Unzuträglichkeiten für die Umgebung.

Orlandini (Florenz): Beitrag zum Studium der Ozaena auf Grund des Schemas der internationalen Sammelforschung über diese Krankheit.

Auf Grund von 10 Fällen kommt O. zu folgenden Schlüssen: Die Prädilectionszeit für die Entwicklung der Ozaena ist das jugendliche Alter, constante Charaktere der Krankheit sind: Foetor, Atrophie der Muscheln, Borkenbildung, Fehlen von adenoiden Vegetationen; sehr häufig ist Eiterung verschiedener Nebenhöhlen; Syphilis (2 Fälle), Tuberculose (3 Fälle) sind an der Aetiologie nicht unbetheiligt.

C. Caldera (Turin): Modification der Technik der Paraffininjectionen bei Ozaena.

C. fügt dem bei 52° schmelzbaren Paraffin 10 pCt. Schwefeläther hinzu; er erhält so ein Paraffin von wesentlich erhöhtem Schmelzpunkt, das aber halbweich bleibt, so dass es leicht mittels der gewöhnlichen Spritzen für kaltes Paraffin injicirt werden kann.

C. Poli (Genua): Die Aufgabe der Laryngoiatrie im Kampfe gegen die Tuberculose.

P. zeigt, wie der Laryngologe oft in die Lage kommt, eine bis dahin latente Tuberculose zu entdecken und wie er dadurch in die Lage kommt, eine grosse prophylaktische Thätigkeit zu entwickeln. Er mahnt die Collegen an die ihnen auf diesem Gebiet erwachsenden socialen Aufgaben, da es in Italien bisher eine bestimmte Organisation gegen die Tuberculose nicht gebe.

P. Masucci (Neapel): Der Laryngoiater und obligatorische Untersuchung auf Tuberculose.

M. schlägt für alle Bürger jenseits des 15. Jahres methodische Untersuchungen seitens eines Phthisiologen und Laryngologen vor; diese Untersuchungen sollen ein Glied im Kampf gegen die Tuberculose bilden.

G. Borgheggiani (Livorno): Ueber die therapeutische Behandlung der Kehlkopftuberculose.

In 20 Fällen von Tuberculose in verschiedenen Stadien hat B. mit gutem Erfolg ein Dianol genanntes Milchsäurepräparat in verschiedener Concentration benutzt; er wendet es als unterstützendes Mittel bei endolaryngealen chirurgischen Eingriffen und Galvanokaustik an.

C. Canestro (Genua): Ueber die Behandlung der Tuberculosis laryngis vegetans.

Verf. benutzt die caustische und nekrotisirende Wirkung des neutralen Chinin. chlorhydr.; er wandte das Mittel in einem typischen Fall von vegetirender Form der Kehlkopftuberculose an und erreichte die Umwandlung in ein infiltratives Geschwür von gutem Aussehen, auf das sich die gewöhnlichen Mittel mit viel besserem Erfolg appliciren lassen.

C. Poli (Genua): Die Hoffmann'sche Methode bei tuberculöser Dysphagie.

Die Methode ist in Italien bisher nicht angewandt worden. P. constatirte bei 15 Fällen — bis auf drei — ein unmittelbares und mehr oder weniger andauerndes Verschwinden der Schmerzen. In einem Fall hielt dieser günstige Erfolg über vier Monate lang an. P. beschreibt eine eigene Modification der Methode.

F. Federici (Livorno): Beitrag zur Histologie des Lupus der Nasenhöhlen.

F. theilt seine Beobachtungen über die histopathologischen Befunde im Anfangsstadium des Lupus der Nasenschleimhaut und bei dessen weiterer Entwicklung mit.

G. Masini (Genua): Endotracheale Injectionen auf laryngealem Wege bei Lungenkrankheiten.

M. beschreibt die Technik, berichtet über die bei Thieren von ihm gemachten Experimente und über die bei Tuberculösen in verschiedenen Stadien gemachten therapeutischen Versuche und die dabei erzielten Resultate.

F. Massei (Neapel): Klinik und Laboratorium.

M. glaubt sich auf Grund der Beobachtung bei verschiedenen Fällen von Kehlkopftumoren berechtigt zu behaupten, dass die histopathologische Untersuchung allein nicht immer zur Diagnose genügt, sondern dass sie durch den klinischen Befund gestützt werden muss.

U. Ceccaroni: Fremdkörper im Kehlkopf.

Extraction per vias naturales eines Blutegels, eines Knochenstücks, eines metallischen Fremdkörpers und eines Fleischbissens.

T. Della Vedova u. E. Castellani: Einige nützliche Lehren aus einem Fall von chronischer Kehlkopfstenose.

In einem Fall von syphilitischer Stenose des Larynx (Chondroperichondritis und Schleimhautinfiltration), in dem verschiedene Mittel versucht waren (Dilatation mit Schrötter'schen Tuben; Laryngo-Tracheofissur mit Abtragung des Narbengewebes und eines Knorpelsequesters; Dilatation mit Gummiröhren bei offengehaltenem Larynx; specifische Curen) haben Verff. zur permanenten Intubation ihre Zuflucht genommen. Pat. trägt seit 2 Monaten die letzte Nummer der O'Dwyer-schen Tuben und verrichtet damit schwere Arbeiten.

A. Canapele: Sklerom und Salvarsan.

Bei einem Mädchen mit Sklerom, bei dem hochgradige Stenose vorhanden war, so dass die Tracheotomie nöthig wurde, ist die subchordale stenosirende Schwellung nach 3 Salvarsaninjectionen so erweitert und erweicht worden, dass die Canüle fortgelassen werden konnte.

S. Genta (Genua): Negatives Resultat der Laryngostomie in zwei Fällen von maligner Kehlkopfgeschwulst.

Es handelte sich um zwei Patienten mit umschriebenem Epitheliom des rechten Stimmbandes anscheinend ohne Drüsenerkrankung. Laryngostomie mit sorgfältiger Excision des Tumors und nachträglichen Eingriffen bei offen gehaltenem Kehlkopf verhinderte nicht, dass in beiden Fällen Recidiv eintrat.

Della Vedova u. L. Castellani: Resultat zweier vor längerer Zeit mit Laryngotomie behandelter Fälle von Kehlkopfcarcinom.

In beiden Fällen handelte es sich um Epitheliome der Stimmbänder, bei 46jährigem resp. 60jährigem Mann. In einem Fall sind 4 Jahre, im andern 8 Monate seit der Operation verflossen; gutes functionelles Resultat.

Castellani u. Masciaga (Mailand): Ueber zwei Fälle von Riesentumoren des Larynx.

Im ersten Fall handelte es sich um einen taubeneigrossen Tumor, der am linken Stimmband inserirte und circa $^{2}/_{3}$ des Vestibulum laryngis einnahm; es war

ein cavernöses Fibroangiom mit cystischer Degeneration. Im zweiten Fall hatte die Geschwulst die Grösse einer grossen Haselnuss, inserirte gleichfalls am linken Stimmband und reichte in das Vestibulum. Es handelte sich um ein wahres Myxom. In beiden Fällen erfolgte die Entfernung per vias naturales ohne vorhergehende Tracheotomie.

Della Vedova: Mediane Halsfistel in Folge Persistiren des Ductus thyreoglossus.

Klinische und histopathologische Beschreibung des Falles. V. hält diese Fälle für selten, sofern man sie nicht mit lateralen Halsfisteln verwechselt.

Della Vedova: Struma fibrosa und Struma enchondromatosa ossificans.

Im ersten Fall handelte es sich um eine diffuse verkalkte fibröse Struma, im zweiten Fall um ein verknöcherndes Fibroenchondrom der Schilddrüse. V. erörtert die histopathologischen Unterschiede zwischen beiden Fällen. Bei der Operation bevorzugt V. einen Schnitt in der Hauptachse des Tumors.

Pinardi und Caldera (Turin): Experimentelle Untersuchungen über Kehlkopfplastik.

Ref. haben bei vier Hunden das Stimmband abgetragen und mit gutem Erfolg reimplantirt, ferner haben sie in fünf anderen Fällen das Stimmband entfernt und durch einen Lappen von der Lippe ersetzt.

Der übrige Theil der Verhandlungen war der Otologie gewidmet.

Calamida.

IV. Briefkasten.

Congrès Français d'Oto-Rhino-Laryngologie.

Die Jahresversammlung der Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie findet unter dem Vorsitz von Texier (Nantes) vom 5. bis 8. Mai in Paris statt. Generalsecretär ist Dr. Depierris, Rue Soufflot 20, Paris.

Personalnachrichten.

Dr. Brindel ist zum Leiter der oto-rhino-laryngologischen Abtheilung am Kinderkrankenhaus in Bordeaux ernannt worden.

Prof. Koerner in Rostock ist für dieses Jahr zum Rector der Universität daselbst gewählt worden.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIX. Berlin, Mai. 1913. No. 5.

I. Die „Semon-Lectures“ der Universität London, 1913.

Gehalten von Dr. P. McBride.

Zweite Vorlesung:

Semon's Lebenswerk und dessen Einfluss auf die Laryngologie.

In Anbetracht der zahlreichen Anforderungen, die durch Wahrnehmung einer ausgedehnten consultativen Praxis an seine Zeit gestellt wurden, ist Semon als ein sehr fruchtbarer Schriftsteller zu bezeichnen. Es liegt natürlich nicht in meiner Absicht, jeden einzelnen der zahlreichen werthvollen Beiträge zu besprechen, durch die er die Literatur seines Faches bereicherte, ich habe vielmehr vor, mich mit denjenigen, die besonders hervorragend und epochemachend sind, ausführlicher zu beschäftigen und auf die übrigen nur kurz Bezug zu nehmen. Gestatten Sie mir jedoch, zunächst über Semon als Autor ein paar Bemerkungen zu machen. Denjenigen, die seine mannigfachen Beiträge zur Laryngologie und verwandten Stoffen gelesen haben, muss es klar geworden sein, dass er einer von denen ist, die nicht schreiben, ohne dass sie ihren Lesern etwas Bestimmtes zu sagen haben, mit anderen Worten: er schrieb aus innerem Antrieb, und nicht, weil er sich gedruckt zu sehen wünschte. So waren seine Arbeiten stets von Interesse und Werth als Beiträge zu der Literatur des Gegenstandes, mit dem er sich beschäftigte. Ueberdies war Alles, was er schrieb, sorgfältig überdacht und wenn er Schlussfolgerungen zog, so waren sie gewöhnlich zutreffend. Wir alle wissen, dass medicinische Autoren im Allgemeinen nicht sehr geschickt darin sind, ihre Gedanken in eine angemessene Sprache zu kleiden. Semon's Stil jedoch war im Englischen und Deutschen

gleich ausgezeichnet und, wie ich schon früher gesagt habe, setzte ihn seine grosse Vertrautheit mit der allgemeinen Literatur in Stand, seine Seiten durch Gleichnisse und Citate zu beleben, die er aus den verschiedensten Quellen herbeiholte. Zweifellos hatte er, und hat noch heute, eine gewandte Feder, und gerade diese Flüssigkeit des Stils verleitete ihn zu dem einzigen Fehler, den ich wagen möchte, an seiner Schreibart auszusetzen. Ich glaube, ich habe alles, was er je geschrieben hat, gelesen und habe den leichten Fluss seiner Sprache im Englischen und Deutschen stets bewundert, indem ich sie als einen grossen und angenehmen Gegensatz empfand zu der der meisten medicinischen Autoren, deren Werke zu studiren meine Aufgabe war. Gleichzeitig habe ich mich oft gefragt, ob der Eindruck ein weniger vortheilhafter gewesen wäre, wenn das, was er sagte, mit weniger Worten gesagt worden wäre. Ich würde mir diese Kritik nicht erlaubt haben, wenn es mir nicht scheinen wollte, als ob dieser einzige Mangel seines Stils — wenn er überhaupt ein Mangel ist — seinem lebhaften Wunsche entspringt, nichts, was für den vorliegenden Gegenstand von Bedeutung sein könnte, ungesagt zu lassen, so jede denkbare Ausstellung vorweg zu nehmen und jede mögliche Ungenauigkeit zu verhüten. War dies aber sein Wunsch und wollen Sie selbst sich überzeugen, wie gut ihm seine Erfüllung gelungen ist, so möchte ich Sie bitten, einige von Semon's polemischen Schriften zu lesen, z. B. seinen Briefwechsel mit Prof. O. Rosenbach[1]), betreffend die Frage der Priorität des Gesetzes von der grösseren Vulnerabilität der Erweitererfasern des Recurrens oder seinen Artikel über die „Erfindung des Kehlkopfspiegels und der Fall Türck-Czermak“[2]) und seine nachfolgende Erwiderung an Prof. Kohler[3]) bezüglich Garcia's Anspruch auf die Urheberschaft der Laryngoskopie.

Ich könnte noch andere Beispiele anführen; die erwähnten werden jedoch zur Genüge das, worauf ich hinweisen wollte, darthun, nämlich, dass, wenn es auch bei der Lectüre von Semon's Arbeiten bisweilen scheinen mag, als ob er seinen Gegenstand in allzu grosser Länge behandelt, man gewöhnlich finden wird, dass auf andere Weise die gleiche Genauigkeit nicht hätte erzielt werden können. Und Genauigkeit ist der Grundton, der sich durch alle seine Arbeiten hindurchzieht. Ob wir seine Beiträge zur klinischen Pathologie betrachten, wie z. B. seine Abhandlung über „Eine eigenthümliche Form von chronischer Hyperplasie der Schleimhaut der oberen Athmungswege“[4]) oder seine Berichte über ungewöhnliche Fälle und Vorkomm-

1) Sir Felix Semon, Forschungen und Erfahrungen. Bd. I. S. 209.
2) Berliner klin. Wochenschr. 1906. No. 6.
3) Berliner klin. Wochenschr. 1906. No. 14.
4) Lancet. 25. Febr. 1905.

nisse, wie „Einseitiger unvollkommener Basedow nach Entfernung von Nasenpolypen"[1]), stets tritt dem Leser sofort die Thatsache vor Augen, dass Semon sich stets dem Versuch einer Erklärung oder der Aufstellung einer Hypothese abgeneigt verhält, wenn seine Ueberlegung ihm sagt, dass bei dem augenblicklichen Stand unserer Kenntnisse eine befriedigende Erklärung nicht möglich ist. Sein streng kritischer Sinn zeigte sich auch darin, dass, ein so emsiger Schreiber er auch war, er niemals neue Heilmittel empfahl, ohne sich gegen Täuschungen oder Uebertreibungen zu salviren. Zur Stütze für diese Behauptung möchte ich auf seine Arbeit Bezug nehmen „Ueber den therapeutischen Werth der völligen Stimmruhe während der Sanatoriumbehandlung der Kehlkopfschwindsucht"[2]). Gestatten Sie mir aus dieser sehr wichtigen Abhandlung folgendes zur Bekräftigung des Gesagten anzuführen: „Nichts liegt mir ferner — und ich möchte das gleich am Eingang dieser Mittheilung ausdrücklich hervorheben — als behaupten zu wollen, dass vollständige und längere Zeit fortgesetzte Stimmruhe ein sicheres Mittel bei der Behandlung der Kehlhopftuberkulose darstelle. Ich habe selbst Beweise vom Gegentheil erlebt. Trotzdem scheint mir der Augenblick gekommen, diese Methode zur erneuten Prüfung unter ganz besonders geeigneten Verhältnissen, d. h. während der Anstaltsbehandlung der mit Beteiligung des Kehlkopfs complicirten Lungentuberkulose zu empfehlen". Und nachdem er über sieben sehr auffallende Fälle berichtet hat, die in Heilung ausgingen, fährt er fort: „Aber ich möchte es nachdrücklichst wiederholen: Diese Methode stellt keine Panacee für alle solche Fälle dar."

Die vorsichtige Haltung, für die die hier citirten Worte ein Beispiel sind, zeigt sich bei allen therapeutischen Empfehlungen Semon's. Wenn er auch durchaus geneigt ist, jede vernünftige Behandlungsmethode, die von anderer Seite vorgeschlagen wird, in Erwägung zu ziehen, so hat er sich doch stets sorgfältig davor gehütet, sich in Enthusiasmus versetzen zu lassen, bevor jene Methode nicht durch Zeit und Erfahrung erprobt war. Unter diesen Umständen brauche ich kaum hinzuzusetzen, dass Semon nicht oft in die Lage kam, in Enthusiasmus zu gerathen, ausser wenn es sich um gewisse chirurgische Verfahren handelte, auf deren eines ich später noch zurückkommen werde. Er zog es mehr vor, sich mit der wissenschaftlichen Seite der Laryngologie zu beschäftigen und verwerthete seine grosse Erfahrung und sein kritisches Urtheil für die Beschreibung ungewöhnlich interessanter Fälle oder, wenn er ein genügendes Material angesammelt hatte, zur Abfassung von Arbeiten über Diagnose und Prognose wie z. B. die bereits er-

1) Transactions of the Clinical Society of London. Vol. XXII.

2) Berliner klin. Wochenschr. 1906. No. 47 und British med. Journal. 8. December 1906.

wähnte Abhandlung über „Mechanische Behinderung der Function des Crico-Arytänoidgelenks — besonders wahre und falsche Ankylose und Luxation — nebst einigen Bemerkungen über Perichondritis des Kehlkopfknorpels“[1]), ferner „Die sensorischen Halsneurosen der klimakterischen Periode“[2]), beides Beiträge von grossem klinischen Werth. Ich möchte an dieser Stelle noch zwei andere, sehr wichtige Beiträge aus seiner Feder erwähnen, die sich auf die klinische Pathologie beziehen.

Im Jahre 1895[3]) hielt Semon vor der Medio-chirurgical Society einen sehr beachtenswerthen und interessanten Vortrag über: „Die wahrscheinliche pathologische Identität der verschiedenen Formen acuter septischer Entzündung des Rachens, Kehlkopfes und äusseren Halses, die bisher als acutes Kehlkopfödem, ödematöse Laryngitis, Erysipel des Rachens und Kehlkopfs, Phlegmone des Rachens und Kehlkopfs und Angina Ludovici beschrieben wurden.“ Obwohl er nicht in der Lage war, den bakteriologischen Beweis für seine Behauptung anzutreten, hat er doch unsere klinischen Kenntnisse ein gutes Stück gefördert und uns sicher eine ganz ausgezeichnete, originelle und praktische Schilderung der septischen Halsaffectionen geliefert, auch scheinen einige neuere Untersuchungen De Santi's den erforderlichen bakteriologischen Beweis zu führen.

Im Jahre 1907[4]) berichtete Semon unter dem Titel „Tertiäre Syphilis oder Pneumokokkeninvasion des Gaumens“ über einen Fall, in dem eine tiefe Ulceration von einer Pneumokokkeninfection herzurühren schien, wenn auch die Frage, ob nicht Syphilis bestand, der Kritik offen blieb. Im Jahre 1908[5]) beschrieb er dann noch einen andern Fall, in dem Gewebszerstörung und Ulceration auf dieselbe Ursache zurückgeführt werden zu müssen schien und in dem ohne Anwendung antisyphilitischer Mittel Heilung erfolgte.

Schliesslich veröffentlichte Semon grade zu der Zeit, als er sich aus der Praxis zurückzog, einen dritten Fall von Ulceration des Pharynx mit Larynxödem, in welchem zuerst die Culturen auf eine reine Pneumokokkeninvasion hinzuweisen schienen, wo der Patient aber schliesslich an Tuberculose starb. In all diesen Fällen vermerkte Semon: 1. Die lange Dauer,

---

1) Med. Times and Gazette. Vol. II. 1880, und Forschungen und Erfahrungen. Vol. I. p. 411.

2) Brit. med. Journ. 5. Jan. 1895. — Forschungen und Erfahrungen. Bd. I. S. 366.

3) Forschungen und Erfahrungen. Bd. II. S. 377 und Medico-chirurgical Transactions. 1895.

4) Forschungen und Erfahrungen. Bd. II. S. 425 und Brit. med. Journ. 26. Juni 1909.

5) Forschungen und Erfahrungen. Bd. II. S. 430 und Monatsschr. f. Ohrenheilkde. 1908. No. 7.

wobei Besserung mit Verschlechterung abwechselte, 2. die ausgesprochene Schmerzhaftigkeit, auch wenn die im Hals sichtbaren pathologischen Veränderungen nur geringfügig waren. Während acute Pneumokokkenangina schon früher beschrieben wurde, waren Fälle, die einen Verlauf nahmen und Erscheinungen und Symptome zeigten, wie ihn Semon angab, bis dahin nicht beobachtet worden und ich denke, der Autor wird es nicht übelnehmen, wenn ich bezüglich der Frage, ob der Pneumococcus von sich aus tiefe Ulcerationen hervorbringt, mir den Rath erlaube: „Abwarten und Zusehen!"

Es giebt eine Beobachtung Semon's, für die ihm meines Erachtens niemals die volle Anerkennung, die ihr gebührt, zu theil geworden ist. Im Jahre 1882 lenkte Reverdin die Aufmerksamkeit auf Symptome von Myxödem bei Patienten, denen die Schilddrüse entfernt worden war; im April 1883 beschrieb Kocher die von ihm sogenannte „Cachexia strumipriva" und 1883 erkannten Reverdin und sein Bruder die Uebereinstimmung zwischen den Symptomen nach Thyreodektomie und Myxödem; keiner aber dieser Autoren wies darauf hin, dass der Verlust der Drüse den Grund für die Symptome abgab. Mittlerweile stellte Semon, der Kocher's Mittheilungen und das Myxödem studirt hatte, die Behauptung auf, dass das Fehlen der Schilddrüse sowohl zur Entstehung von Cretinismus wie von Cachexia strumipriva, führt und entwickelte im Jahre 1883 seine Ansichten vor der Clinical Society. Merkwürdiger Weise wurden diese Ansichten zuerst bespöttelt und sogar lächerlich gemacht, obwohl sie sich schliesslich als absolut zutreffend herausstellten. Semon hat mithin das Recht, für sich in Anspruch zu nehmen, dass er der Erste war, der darauf hinwies, dass der Verlust der Schilddrüse den Grund darstellt für Cretinismus, Myxödem und Cachexia strumipriva, eine nicht geringe That, wenn man bedenkt, was alles aus dieser Entdeckung folgte.

Vom rein literarischen Standpunkt — vom wissenschaftlichen abgesehen — stellten die biographischen Aufsätze, die er von Zeit zu Zeit schrieb, wahrscheinlich die besten Schöpfungen aus Semon's Feder dar. So möchte ich seine „Persönlichen Erinnerungen an Virchow" und seinen Nachruf auf Sir Morell Mackenzie als Meisterstücke ihrer Art in Bezug auf Form und Inhalt bezeichnen. Wenn man sie liest, so wird der Wunsch lebendig, dass der Verfasser etwas von seiner wohlverdienten Musse darauf verwenden möchte, auch weiterhin solche Aufsätze und Charakterskizzen zu schreiben.

Während seiner ganzen Laufbahn verwandte Semon einen grossen Theil seiner Thatkraft darauf, der Laryngologie die Stellung unter den verschiedenen Sonderfächern zu erringen und zu behaupten, die er für sie angemessen hielt. Wir sahen bereits, dass es hauptsächlich durch seine Vermittelung geschah, dass sie bei dem Internationalen Congress, der in London

1881 tagte, anerkannt wurde. Von dieser Zeit jedoch an wurden bei späteren Congressen verschiedentlich Versuche gemacht, sie entweder in eine Subsection zu bringen oder sie mit anderen Sectionen — besonders mit der Otologie – zu verschmelzen. Dass die Bemühungen, der Laryngologie ihre Stellung bei den Internationalen Congressen zu erhalten, von solchem Erfolg begleitet waren, ist in sehr hohem Grade und — ich darf es wohl sagen, ohne berechtigten Ansprüchen Anderer Abbruch zu thun — hauptsächlich Semon zu verdanken gewesen. Dank seiner Energie und seiner magnetischen Persönlichkeit vermochte er die Laryngologen zur Verteidigung ihrer Interessen zu organisiren und durch zahlreiche Artikel aus seiner Feder gelang es ihm, ihre Stellung so zu rechtfertigen, dass in den meisten Fällen das erstrebte Ziel erreicht wurde. Ich möchte bezweifeln, dass wir in unseren Reihen irgend einen anderen Mann haben, der diese besondere Aufgabe in gleich befriedigender Weise hätte lösen können. Er stand an internationalem Rufe keinem nach, besass grossen Takt, fürchtete sich aber nicht, wenn die Gelegenheit es erforderte, Anstoss zu geben, er war im besten Sinne Kosmopolit, sowohl als Sprachkundiger wie als Autor und vor Allem: er war bekannt als ein Mann, der unbedingt mit offenen Karten spielte und nie Privatinteressen verfolgte. Sie werden bemerken, dass ich es nicht durchaus oder auch nur zum grössten Theil als einen Erfolg seiner Schriften, sondern vielmehr seiner Persönlichkeit betrachte, wenn es ihm gelang, die Stellung der Laryngologie aufrecht zu erhalten. Nichtsdestoweniger waren seine Schriften von grosser Hülfe. In erster Linie übten die zahlreichen Artikel, die er bei jeder Gelegenheit, wenn die Stellung seines Specialfaches irgendwie mit einer Erschütterung bedroht schien, im Internationalen Centralblatt schrieb, einen mächtigen Einfluss auf seine Fachgenossen aus und gaben ihnen eine Taktik an die Hand, die gewöhnlich befolgt wurde. Andererseits, wenn er in den Reihen der Laryngologen etwas bemerkte, was zu einem Stein des Anstosses werden konnte, so deckte er es furchtlos auf. Ich denke, die Mehrzahl der Specialisten wird zugeben, dass seine Abhandlung „Einige Gedanken über die Grundsätze der Localbehandlung bei Erkrankungen der oberen Luftwege“ wirklich Gutes stiftete, indem sie die excessive Neigung zu Operationen herabsetzte, die einst in Mode war und die — so war wenigstens die Ansicht vieler von uns — den guten Namen der Laryngologie aufs Spiel gesetzt hat. Dann wieder hat er in einem Aufsatz: „De re publica laryngologica“ sich nicht gescheut, sich sehr scharf darüber zu äussern, dass die deutschen Autoren die Neigung haben, nur die Werke ihrer Landsleute zu berücksichtigen und auch hier bin ich sicher, dass diejenigen von Ihnen, die die deutsche medicinische Literatur studirt haben, den Grund zur Klage für berechtigt halten werden. Um aber jeden Anschein der Unbilligkeit zu vermeiden, muss ich

hinzufügen, dass er eine ähnliche Unterlassungssünde auch den britischen Autoren nachsagt, und auch die französische und italienische Literatur bekommen ihr Theil Kritik ab, eine Kritik, deren Berechtigung wir jedoch in jedem Fall anerkennen müssen.

Semon's Politik war in den meisten Fällen berechtigt, womit aber keineswegs gesagt sein soll, dass wir uns mit jeder Einzelheit derselben einverstanden erklären müssen. Er scheint stets die Befürchtung gehabt zu haben, dass die unstatthafte Vermehrung der Specialgesellschaften die Gefahr mit sich bringe, dass die Specialität von ihrem Zusammenhang mit der allgemeinen Medicin losgelöst werde, ein Zusammenhang, auf dessen Bedeutung er mit Recht so grossen Werth legte.

In gewissem Grade erwies sich diese Furcht auch als gerechtfertigt und noch vor vier Jahren richtete Semon die dringende Mahnung an seine Collegen[1]), Dinge von allgemeinem Interesse lieber vor die allgemeinwissenschaftliche, als vor die Specialgesellschaften zu bringen. Es gehörte zu Semon's festesten Ueberzeugungen, dass Laryngologie und Otologie nicht auf Congressen und Versammlungen in einer Section vereinigt werden dürfen, wenngleich er natürlich gegen Vereinigung in der Praxis nichts einzuwenden hatte. Einige von uns, die einst Gegner dieser Ansicht waren, beginnen jetzt, sie sich zu eigen zu machen und sicher ist die Neigung, Männer, deren Ruf ausschliesslich auf otologischem Gebiet beruht, mit der Leitung combinirter Kliniken zu betrauen, wie solche Neigung in letzter Zeit in Deutschland sich gezeigt hat, nicht nur schädlich, sondern rückschrittlich. — Thatsächlich scheint es, dass man aus der Richtung, in der Otologie und Laryngologie sich entwickeln, keine andere Folgerung ziehen kann, als die, dass sie bald getrennt werden müssen. Die Literatur beider Fächer ist so ausgedehnt, ihre Neigung, sich neue und divergente Gebiete zu erobern, so ausgesprochen geworden und beide haben damit einen derartigen Umfang angenommen, dass es für einen und denselben Mann schwer geworden ist, sie beide zu lehren und selbst sie auszuüben. — In einem sehr interessanten Artikel, der die Ueberschrift trägt: „Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Laryngologie“ wendet sich Semon sehr eindringlich gegen einen Vorschlag, der in Amerika gemacht wurde und der dahin geht, der Laryngo-Otologe solle das Feld seiner operativen Thätigkeit auf „die Adnexa und die möglichen Complicationen“ ausdehnen. In diesem Punkte nun stimme ich nicht mit ihm überein. Wenn ich auch zugebe, dass die von unseren amerikanischen Collegen vorgeschlagene Ausdehnung unserer operativen Thätigkeit zu weit gehen mag, und wenn ich auch die Möglichkeit einer Trennung von Laryngologie und Otologie vor-

1) Forschungen und Erfahrungen. Bd. II. S. 604.

aussehe, so kann ich doch, falls schliesslich eine solche Trennung vorgenommen wird, ganz und gar nicht glauben, dass das Princip weiterer Ausdehnung falsch ist oder dass durch seine Annahme die Laryngologie geschädigt würde. Wenn Sie mir gestatten wollen, hier in Parenthese meine persönliche Ansicht zu äussern, so muss ich sagen, dass ich früher ein ziemlich ausgesprochener Gegner der Semon'schen Ansicht war, Laryngologie und Otologie müssten gesondert betrachtet werden. Mit der allmählichen und divergenten Entwickelung beider Fächer jedoch kam ich zu der Erkenntniss, dass aus diesem Grunde und wegen der immensen Steigerung der literarischen Thätigkeit auf beiden Gebieten die Zeit herannahte, wenn nicht schon da war, wo sie getrennt werden mussten, zunächst in den Sectionen der Congresse und Versammlungen, später auch bei Ertheilung von Lehraufträgen und Besetzung von Kliniken und schliesslich in der Praxis. In dieser Ueberzeugung wurde ich später bekräftigt durch die Erkenntniss, dass sobald der Otologe, Rhinologe und Laryngologe äussere Operationen zu machen begann, das Feld seiner Operationsthätigkeit sich ganz erheblich ausdehnen und schliesslich alle lokalen Complicationen und einen grossen Theil der Adnexa umfassen musste. Einstmals war ich gegen jede derartige Entwickelung, weil ich glaubte, dass, wenn der Specialist einmal mit äusseren Operationen angefangen hat, die unerbittliche Logik ihn dazu treiben werde, sein Gebiet auszudehnen. Bald jedoch sah ich ein, dass diese Anschauung unhaltbar war und als ich später von der entlegenen Warte des Mannes, der sich von der Ausübung der Praxis zurückgezogen hat, die Entwickelung der Dinge mit ansah, erkannte ich, dass eine auf Ausbildung einer Specialchirurgie gerichtete Entwickelung als Begleiterscheinung und Folge des Specialismus aufzufassen sei. Aus diesem und aus anderen Gründen stimme ich mit Semon in dieser Frage nicht überein.

Dies ist aber auch der einzige Punkt in Semon's taktischem Verhalten, der meines Erachtens zur Kritik herausfordert und selbst wenn es sich erweisen sollte, dass er in dieser einen Sache geirrt hat, so bleibt doch die Thatsache bestehen, dass er theils durch seine Schriften, hauptsächlich aber durch seine Persönlichkeit mehr im öffentlichen Dienste der Laryngologie gethan hat, als irgend ein anderer Lebender oder Todter — Garcia, Türck und Czermak vielleicht ausgenommen. Selbst wenn aber auch dieses grosse Verdienst im Laufe der Zeit in Vergessenheit gerathen sollte, so sind doch noch zwei Dinge, mit deren Geschichte Semon's Name für alle Zeit verbunden bleiben wird. Ich meine seine Arbeiten über Kehlkopflähmung und über maligne Kehlkopferkrankungen. Beide müssen gesondert und etwas ausführlicher besprochen werden.

Semon's Arbeiten über Kehlkopflähmung.

Diejenigen von uns, die ihre laryngologischen Studien begannen, bevor Semon's Ansichten betreffend die grössere Hinfälligkeit der Recurrensfasern bei Lähmungen aus centralen Ursachen und infolge Erkrankung des Nervenstammes acceptirt waren, werden sich erinnern, was für ein Chaos die Capitel über Kehlkopflähmungen — selbst in den besten Lehrbüchern — darstellten. So wurde uns z. B. erzählt, dass bei centralen wie peripheren Nervenerkrankungen bald die Adductoren, bald die Abductoren von Lähmung befallen wurden, aber keinerlei logische Erklärung wurde versucht und die ganze Sache schien als vom Zufall abhängig betrachtet zu werden. Dann kam — dank Semon — Licht in die Finsterniss, brach, freilich allmählich nur, durch und erhellte schliesslich und klärte die ganze Frage, kurz, das bisher Unfassbare wurde für Autor und Leser fassbar, denn jener konnte nicht verstanden werden, weil er selbst nicht verstand.

Es ist sehr interessant, dass Semon diese Frage aufnahm, unmittelbar nachdem er sich entschlossen hatte, Halsspecialist zu werden. Schon im Jahre 1878 berichtete er in der Clinical Society of London über sechs Fälle von doppelseitiger Abductorlähmung, die er beobachtet hatte und wo bei denjenigen, die zur Abduction gekommen waren, sich gefunden hatte, dass die Abductoren mehr entartet waren als die Adductoren und dass in den Nervenstämmen stets einige Fasern gesund geblieben waren. Während er diese Fälle beobachtete, sah er eine noch grössere Zahl von Fällen einseitiger Abductorlähmung infolge von centralen Affectionen oder von Schädigungen, die den Nervenstamm betrafen. Durch diese Erfahrung angeregt, studirte er die ganze damals existirende Literatur der Frage und fand, dass eine grosse Anzahl von Abductorlähmungen infolge centraler oder peripherer Erkrankung berichtet worden war, dass sich jedoch nicht ein authentisches Beispiel von reiner Adductorlähmung aus den gleichen Ursachen ausfindig machen liess. Im Jahre 1880 erschien die englische und deutsche Ausgabe des ersten Bandes von Morell Mackenzie's Buch über die Krankheiten des Halses und der Nase — letztere übersetzt und mit Anmerkungen versehen von Semon. In der englischen Ausgabe wies der Verfasser auf Semon's Rath auf die grössere Neigung der Abductoren, bei Fällen von Lähmung in Mitleidenschaft gezogen zu werden, hin und in der deutschen Ausgabe schrieb Semon: „Selbst eine solche Annahme[1]) genügt nicht für die Erklärung der höchst auffallenden Er-

1) Einer bereits im Centrum bestehenden Differencirung der für die einzelnen Kehlkopfmuskeln bestimmten Nervenfasern. Anmerk. d. Uebersetzers.

scheinung, dass in manchen Fällen, in denen centrale oder periphere Schädlichkeiten ohne jede Frage auf den ganzen Nervenstamm einwirken (vor allem bei Druck auf den ganzen Recurrensstamm durch Aneurysma der Aorta) sich während des Lebens nur die Symptome der Paralyse der Glottiserweiterer darbieten. Während das thatsächlich in einer ganzen Reihe von Fällen vom Verfasser sowohl wie vom Herausgeber beobachtet worden ist, ist letzterem kein Fall bekannt, in welchem nach intra vitam beobachteter Lähmung eines oder mehrerer der Verengerer die Section eine Erkrankung des ganzen Stammes ergeben hätte. Diese grössere Geneigtheit der für die Erweiterer bestimmten Fasern, lange vor den andern, in vielen Fällen selbst ausschliesslich zu erkranken, ist doch sehr auffallend." So schrieb er im Jahre 1880 und wir haben hier bereits den Kern zu einem Lehrsatz, für den es nur noch weiterer Beobachtungen bedurfte, um zum Gesetz gestaltet werden zu können. In demselben Jahr, aber noch vor dem Erscheinen der deutschen Ausgabe des Mackenzieschen Buches, behauptete Prof. O. Rosenbach auf Grund eines einzelnen Falles, in dem infolge von Oesophaguscarcinom die Recurrentes ergriffen waren und in dem zuerst Lähmung der Erweiterer bestanden hatte, worauf bald vollständige Lähmung folgte: „Vor Allem muss die Thatsache vermerkt werden, dass bei Compression des Recurrensstammes die Function der Abductoren zuerst leidet und die Adductoren erst später in Mitleidenschaft gezogen werden." Diese Eingebung — denn angesichts der Thatsache, dass sie nur auf einem Fall beruhte, kann von mehr nicht gesprochen werden — zeigt uns ein bemerkenswerthes Beispiel dafür, wie ein Autor auf eine grosse Wahrheit stösst, wenn nicht durch Zufall, so doch mindestens ohne an ihr durch Herbeischaffung genügenden Beweismaterials gearbeitet zu haben. Dass er diese Eingebung nicht in ihrer vollen Bedeutung zu verwerthen wusste, wird unter Anderem durch die Thatsache bewiesen, dass er sie nur auf Fälle von Compression anwandte. Denjenigen, die sich für den Gegenstand interessieren, möchte ich empfehlen, den Briefwechsel zwischen Semon und Prof. Rosenbach durchzulesen und auch Semon's Aufsatz über: „Die Entwicklung unserer Kenntniss der motorischen Kehlkopflähmung nach Einführung des Laryngoskops". Für jeden vorurtheilslosen Leser wird es offenkundig sein, dass Semon das Verdienst gebührt, die Thatsache ausgesprochen und bewiesen zu haben, dass „bei centralen und peripheren organischen Läsionen des motorischen Kehlkopfnerven die Erweiterer allein oder wenigstens frühzeitiger und in grösserem Umfang erkranken, als die Verengerer." Diese Feststellung, bekannt als Semon'sches Gesetz, war das Hauptergebniss zweier sehr wichtiger Arbeiten, einer englischen und einer deutschen, die den Titel führten: „Klinische Bemerkungen über die Vorneigung der Erweitererfasern des

Nervus recurrens, früher als die Verengererfasern oder selbst ausschliesslich in Fällen unzweifelhafter centraler oder peripherer Verletzung oder Erkrankung der Wurzeln oder Stämme der Nervi vagi, Accessorii Willissii oder Recurrentes zu erkranken"[1]) und „Ueber die Lähmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus laryngeus inferior"[2]). Wie ich bereits sagte, war das Semon'sche Gesetz das Hauptergebniss dieser beiden Arbeiten; es kamen in ihnen jedoch auch andere klinische Punkte von grosser Wichtigkeit zur Erörterung, so das Vorkommen beiderseitiger Abductorlähmung bei Tabes und besonders die Beziehung der functionellen zur organischen Kehlkopflähmung. Es ist für den Laryngologen, der nach dem Jahre 1883 seine Studien begonnen hat, fast unmöglich, die Bedeutung, die diese Arbeit für den Kliniker hatte, zu verstehen. Wie ich schon sagte, pflegte es meist als Zufallssache betrachtet zu werden, welche Muskeln bei der Kehlkopflähmung befallen waren. Dank Semon's Untersuchungen und Beobachtungen wurde es offenbar, dass motorische Lähmungen des Kehlkopfes central oder peripher sein können, dass sowohl die Erweiterer als auch die Verengerer betroffen sein können, dass aber bei organischen Erkrankungen die Verengerer nicht primär afficirt werden ausser in sehr seltenen cerebralen Fällen, dass jedoch bei rein functionellen Fällen die Verengerer allein betroffen sind. Das Meiste davon war schon in Umrissen im Jahre 1883 vorhanden, aber es waren noch weitere Untersuchungen nöthig, um die eben aufgestellten Behauptungen zu beweisen, und ich will zunächst über sie berichten, bevor ich den wissenschaftlichen und klinischen Werth von Semon's Werk zusammenfasse.

Im Jahre 1885 lenkte der verstorbene Dr. Hooper aus Boston die Aufmerksamkeit auf die Thatsache, dass bei Thieren, die in tiefer Narkose sind, Reizung des N. recurrens Abduction des betreffenden Stimmbandes anstatt Adduction hervorrief und dass diese Erscheinung auch dann auftrat, wenn der Nerv durchschnitten war. Semon und Horsley[3]) wiederholten diese Experimente und veröffentlichten deren Ergebnisse in einer Arbeit: „Ueber die anscheinend periphere und differencirende Wirkung des Aethers auf die Kehlkopfmuskeln". Ihre Beobachtungen stimmten mit denen Hooper's überein, sie folgerten aber, dass ein Unterschied in den metabolischen Processen der Erweiterer und Verengerer bestehe, was von grossem Interesse war, wenn man berücksichtigt, dass bereits vorher die

---

1) Forschungen und Erfahrungen. Bd. I. S. 1 und Arch. of laryngol. Vol. II. 1881.

2) Forschungen und Erfahrungen. Bd. I. S. 27 und Berl. klin. Wochenschr. No. 46 und folgende.

3) Forschungen und Erfahrungen. Bd. I. S. 65 und British med. journ. 1886.

grössere Neigung der Erweiterer, unter Krankheitswirkungen zu leiden, von Semon nachgewiesen war. Sie fanden auch, dass bei allen benutzten Thieren (Affen, Hunden, Katzen und Kaninchen), wenn der Kehlkopf nach dem Tode entfernt und die Muskeln getrennt gereizt wurden, die Crico-arytaenoidei postici, obwohl die grössten unter den Kehlkopfmuskeln, ihre Erregbarkeit zuerst verloren.

Im Jahre 1890 veröffentlichte Semon eine sehr wichtige Arbeit „Ueber die Stellung der Stimmbänder beim Menschen und den Reflextonus ihrer Erweiterermuskeln". Theils auf Grund der Beobachtungen Anderer, theils auf Grund seiner eigenen Messungen und Experimente kam er zu dem Schluss, dass bei den meisten Menschen die Stimmbänder während der Ruheathmung fast stationär, aber erheblich weiter von der Mittellinie entfernt sind als nach dem Tode. Daraus zog er den Schluss, dass die Abductoren sich in einem constanten Tonus befinden und daher zu den regelmässigen nicht bloss zu den rein accessorischen Athemmuskeln gehören.

Im Jahre 1890 veröffentlichte Semon in Gemeinschaft mit Sir Victor Horsley[1]) die Ergebnisse einiger höchst interessanter und aufsehenerregender Experimente unter dem Titel: „Eine experimentelle Untersuchung über die centrale motorische Innervation des Kehlkopfes" und ferner[2]) „Ueber die Beziehungen des Kehlkopfes zu dem motorischen Nervensystem". Diese Experimente bestätigten und erweiterten die Beobachtungen Krause's und Anderer, indem sie bewiesen, dass in jeder Hirnhemisphäre ein Gebiet für die doppelseitige Repräsentation der Adductionsbewegungen der Stimmbänder sich befindet und dass, wenn dieses Gebiet auf einer Seite vollständig exstirpirt wird, keine Kehlkopflähmung resultirt, während, wenn das Gebiet auf der anderen Seite gereizt wird, vollständige Adduction beider Stimmlippen erfolgt. Sie entdeckten im Bulbus einen kleinen concentrirten Herd, der beiderseits an der Mittellinie gelegen ist und dessen Reizung beiderseitige Einwärtsbewegung der Stimmbänder hervorruft und nach aussen an ihm jederseits eine kleine Zone, deren Reizung eine Einwärtsbewegung des Stimmbandes auf derselben Seite bewirkt.

Es ist bemerkenswerth, dass Semon und Horsley, ausser bei der Katze, keine corticale Repräsentation der Auswärtsbewegungen fanden, obwohl von Risien Russell seitdem eine solche Repräsentation auch bei anderen Thieren nachgewiesen worden ist. Sie fanden jedoch, dass sich eine Abduction durch Reizung gewisser Gebiete in der Corona radiata und

---

1) Transactions of the Royal society of London. Bd. 181 und Forschungen und Erfahrungen. Bd. I. S. 112.

2) Deutsche med. Wochenschr. 1890. No. 31 und Forschungen und Erfahrungen. Bd. I. S. 141.

der inneren Capsel hervorrufen lässt, wo sie folgende Repräsentationen von vorn nach hinten feststellten: 1. Vermehrte Schnelligkeit der Respiration. 2. Auswärtsbewegung der Stimmbänder. 3. Vermehrte Tiefe der Athmung. 4. Einwärtsbewegung der Stimmbänder.

Lassen Sie uns einen kurzen Blick auf die klinische Bedeutung werfen, die dem Semon'schen Gesetz in Bezug auf die grössere Vulnerabilität der Abductoren bei Läsionen des Nervenstammes und der Centren zukommt, und auf die aus den Semon-Horsley'schen Experimenten zu ziehenden Schlussfolgerungen.

Natürlich wurde das Semon'sche Gesetz zuerst nicht allgemein acceptirt und so wurden viele Versuche gemacht, es umzustürzen. Im Verlauf der sich anschliessenden Discussion wurde die Bedeutung seines Werkes für den Kliniker schnell offenbar. Zuerst und vor allen Dingen hatte Semon nachgewiesen, dass bei einer Läsion der Nervenstämme oder ihrer medullären Centren wir je nach der Vollständigkeit des destructiven Processes entweder Lähmung der Abductoren oder Lähmung der Abductoren und der Adductoren haben können, indem das Stimmband entweder in der Mittellinie fixirt wird oder die Cadaverstellung einnimmt. Er hatte ferner den Nachweis geführt, dass die Abductorlähmung ein häufiges Vorkommniss ist. Da das Stimmband in diesem Fall in der Phonationsstellung stehen bleibt und diese Lähmungsform gewöhnlich keine Symptome setzt, so folgt hieraus, dass in zweifelhaften Fällen die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel sehr gewichtigen Aufschluss über die Natur der Krankheit geben kann. Aus seinen mit Horsley gemeinsam angefertigten Arbeiten ergab sich weiter, dass für die Praxis wir eine einseitige Adductorlähmung als unmöglich betrachten können ausser bei myopathischen Zuständen. Natürlich ist es denkbar, dass ein Fall vorkommen kann, wo ein Trauma ausschliesslich die Adductorfasern im Recurrens oder an irgend einer Stelle ihres Verlaufes von der Medulla zum Recurrens getroffen hat, eine derartige Zufälligkeit ist jedoch in hohem Grade unwahrscheinlich; sie ist in den dreissig Jahren, die seit den ersten Arbeiten Semon's vergangen sind, nur in einem Fall angetroffen worden, dem Saundby's, wo, merkwürdig genug, es sich um eine beiderseitige Affection gehandelt zu haben scheint.

Wir haben gesehen, dass nach Semon's und Horsley's Versuchen es fast unmöglich scheint, dass eine einseitige Rindenläsion zu Kehlkopflähmung führen kann. Es ist wahr, dass die Experimente von Masini, Broeckaert und Katzenstein anscheinend nach der entgegengesetzten Richtung weisen, es bleibt jedoch die Thatsache bestehen, dass bisher noch kein Fall mitgetheilt worden ist, wo einseitige Kehlkopflähmung definitiv als von einer rein corticalen Läsion abhängend erwiesen worden wäre. Gewiss sind Fälle berichtet worden, in denen einseitige Stimmbandparese

mit einer corticalen Läsion auf der gegenüberliegenden Seite vergesellschaftet war, aber in keinem dieser Fälle erwiesen sich die Medulla und Nerven als frei von Erkrankung und angesichts dieses Umstandes können sie natürlich nicht als beweisend acceptirt werden. Nur sehr wenige Beispiele werden berichtet von doppelseitiger corticaler Erkrankung, die beiderseitige Adductorenlähmung bewirkt hätte und eine solche Lähmung kann denkbarer Weise angetroffen werden als Folge krankhafter Processe, welche die Verbindungen zwischen Rinde und Medulla betreffen. Lassen wir eine derartige ungewöhnliche Möglichkeit aber bei Seite, so gelangen wir zu dem Ergebniss, dass eine die Erweiterer betreffende Kehlkopflähmung — bisweilen freilich auch mit Betheiligung der Verengerer — auf organische Erkrankungen zurückzuführen ist, während eine motorische Parese der Verengerer in der grossen Mehrzahl der Fälle functionell, seltener myopathischen Ursprungs und dann gewöhnlich die Folge eines Katarrhs ist. Das ist sicher eine höchst werthvolle allgemeine Regel, die wir Semon und seinen gemeinsamen Arbeiten mit Horsley verdanken. Ich darf hier wohl einen Fall erwähnen, den ich in Behandlung bekam und der, wenn nicht jene Beobachtungen vorgelegen hätten, auch den Richter beschäftigt haben würde. Ein junger Bursche war von einem erzürnten Hausherrn, an dessen Glocke er geläutet hatte, unsanft beim Hals gepackt worden und verlor von diesem Augenblick an seine Stimme. Bei der Untersuchung waren die wohlbekannten Erscheinungen der hysterischen Adductorlähmung vorhanden, jedoch hatte weder electrische noch irgend eine andere Behandlung die Wirkung, die Stimme wiederherzustellen. Es tauchte nun die Entschädigungsfrage auf, doch dank Semon's und Horsley's Arbeiten war ich im Stande, dem ängstlichen Vater zu versichern, dass die Stimme früher oder später wiederkehren würde und dies geschah in der That, als nach einigen Wochen der Vater, ohne dass er an die Sprachunfähigkeit des Knaben dachte, ihm in strengem Ton befahl, seinen Bruder zu rufen.

Ich befürchte, dass ich aus Mangel an Zeit dies sehr interessante Thema der von Semon theils allein, theils in Gemeinschaft mit Horsley zur Kenntniss der Kehlkopflähmungen gelieferten Beiträge verlassen muss. Ich hoffe aber, es deutlich gemacht zu haben, dass diese Beiträge das Resultat gehabt haben, die Ideen der Laryngologen über diesen Gegenstand von Grund aus umzugestalten und dass sie die Basis bilden, auf denen unsere moderne Kenntniss von den motorischen Neurosen des Kehlkopfs sich aufbaut. Ich hatte gehofft, Ihnen dies dadurch deutlich machen zu können, dass ich die betreffenden Capitel aus Lehrbüchern mit einander verglich, die vor und nach der Veröffentlichung unserer neueren Kenntnisse

geschrieben wurden; jedoch die Zeit drängt und es bleibt mir noch die Würdigung von

Semon's Arbeiten über maligne Erkrankungen des Larynx.

In mehr oder minder directem Zusammenhang mit dem Fall des Deutschen Kaisers, der im Jahre 1888 tödtlich endete, entstanden zahlreiche Erörterungen über den Kehlkopfkrebs. Es würde keinen Zweck haben und einen Verstoss gegen den guten Geschmack bedeuten, wenn ich die peinlichen Erinnerungen und die noch peinlicheren Anschuldigungen wieder aufleben liesse, die sich an diesen typischen Fall schlossen, um so mehr, als viele von denen, die dabei eine Rolle spielten, zur letzten Ruhe eingegangen sind. Wir können jedoch auf einige der wissenschaftlichen Fragen eingehen, die entstanden und deren Aufklärung in gewissem Grade als unmittelbare Folge der Tragödie des Kaisers anzusehen ist. Es wurde damals behauptet, dass gutartige Kehlkopfgeschwülste häufig einen malignen Charakter annehmen, als Folge endolaryngealer Operationen. Wie Semon sofort erkannte, würde dies der endolaryngealen Chirurgie den Todesstoss versetzt haben und daher ging er mit seiner gewohnten Energie daran, diese Auffassung zu bekämpfen und — soweit medicinische Leser in Betracht kamen — mit Erfolg. Die Anhänger der entgegengesetzten Anschauung jedoch trugen unglücklicher Weise die Discussion in die Spalten der Tagespresse, wohin Semon und seine Gesinnungsgenossen es für nicht angemessen hielten, ihnen zu folgen. Da ersann Semon eine Methode, durch welche jener schädlichen Lehre nicht bloss ein Stoss versetzt, sondern gänzlich der Garaus gemacht werden könnte. Ich spreche von der Sammelforschung, für welche er so glücklich war, von 107 Laryngologen Beobachtungen zu erhalten, die sich auf 10 747 Fälle von gutartigen Neubildungen erstreckten, in denen 8216 auf dem oralen Wege operirt worden waren[1]). Unter diesen befanden sich 12 Fälle, in denen ein gutartiger Tumor ohne ersichtlichen Grund einen malignen Charakter angenommen zu haben scheint, und 31, bei denen festgestellt wurde, dass desselbe Resultat auf eine endolaryngeale Operation gefolgt war. Während von der ersten Gruppe viele zweifelhaft waren, trifft dasselbe auf 16 von der zweiten zu. Das Ergebniss war, dass gezeigt wurde, dass 1. eine maligne Degeneration einer gutartigen Geschwulst excessiv selten ist und 2. dass, wenn man momentan von der zweifelhaften Natur einiger Fälle absieht und eine Folgerung auf den gegebenen Zahlen aufbaut, es scheinen dürfte, dass das Vorkommen einer malignen Degeneration relativ häufiger in den nichtoperirten Fällen (12 unter 2531) als in den operirten (31 unter 8216) sei.

1) Internat. Centralbl. f. Laryngol. Bd. V u. VI. — Forschungen und Erfahrungen. Bd. II. S. 71.

So werthvoll auch die von den Beobachtern, die eine Antwort einsandten, beigesteuerten Thatsachen waren, so beruht das Hauptinteresse doch auf Semon's eigenem Beitrag über die Frühdiagnose des Kehlkopfkrebses. Es ist nicht zu viel gesagt, wenn ich behaupte, dass hier wie bei der Kehlkopflähmung seine Arbeit der Frage ein ganz anderes Aussehen gab. Bis dahin war von den meisten Autoren angenommen worden, dass maligne Neubildung verhältnissmässig selten von den Stimmbändern ausgehe, während Semon auf Grund einer Erfahrung an 56 Fällen zu dem Schluss kam, dass von allen Theilen des Larynx die Stimmbänder am meisten Neigung haben, befallen zu werden. Ich möchte gleich sagen, dass die Richtigkeit dieser Ansicht jetzt wahrscheinlich von jedem Laryngologen zugegeben ist. Nachdem er zu diesem Ergebniss gelangt war, bestand Semon's nächste Aufgabe darin, dass er versuchte, die verschiedenen Punkte zusammenzustellen, die eine Diagnose der Erkrankung in den ersten Stadien ermöglichen. Die meisten Laryngologen sind heute mit der Diagnose des Epithelioms der Stimmlippe im Frühstadium vertraut, aber wahrscheinlich sind sich bei weitem nicht alle bewusst, dass wir unsere Kenntniss des Gegenstandes ganz Semon verdanken. Ich will sie nicht mit einer Wiederaufzählung der Einzelheiten langweilen, von denen so viel abhängt, wenn man zu einer Entscheidung kommen will, ob eine maligne Erkrankung vorhanden ist oder nicht, ich möchte Sie nur an ein Paar der wichtigsten Punkte — abgesehen von der Frage des Lebensalters — erinnern, nämlich 1. dass die bösartige Geschwulst, die sehr klein sein kann, am häufigsten ihren Sitz im hinteren Drittel des Stimmbandes hat, wenn sie auch an irgend einem beliebigen anderen Theil des Stimmbandes sitzen kann; 2. das Vorhandensein eines grösseren Grades von Heiserkeit, als sie wahrscheinlich durch eine benigne Neubildung von gleicher Grösse verursacht sein würde; 3. das Vorhandensein einer congestiven Zone rings um die Geschwulst; 4. zunehmende Beeinträchtigung der Beweglichkeit des afficirten Stimmbandes. Das waren die Hauptpunkte, auf die Semon Gewicht legte, und ich brauche wohl kaum zu sagen, dass er jeden von ihnen mit peinlichster Sorgfalt weiter ausführte und entwickelte. Auch wissen Sie alle, dass diese seine Beobachtungen noch heute das letzte Wort von Bedeutung darstellen, das über die Frühdiagnose des Kehlkopfkrebses gesagt worden ist. Natürlich beschränkte er seine Beobachtungen nicht auf dieses Stadium und diesen Typus der Krankheit, jedoch liegt hier das Epochemachende seiner Arbeit. Er schrieb ferner in sehr verständiger und trefflicher Weise über den relativen Werth der mikroskopischen Diagnose abgetragener Stückchen und betonte, dass einer derartigen Untersuchung nicht allzu grosse Bedeutung im negativen Sinne beigemessen werden sollte, er erörterte Alter, Heredität, Schmerzhaftigkeit, Lymphdrüsenschwellung, Heiserkeit, Dysphagie, und so

wurden wir theils durch ihn selbst, theils mit Hilfe der Ergebnisse der Sammelforschung mit einer höchst werthvollen Monographie über Kehlkopfkrebs beschenkt. Die Palme aber gebührt den Abschnitten, die von der Frühdiagnose handeln, denn auf ihr beruht die Heilbarkeit der grausamen Krankheit. Ich brauche Sie als Laryngologen nicht an die jetzt wohlbekannte Thatsache zu erinnern, dass der Kehlkopfkrebs lange Zeit lokalisiert bleibt und sich so leichter für einen erfolgreichen operativen Eingriff eignet. Wir haben gesehen, dass dank Semon's Arbeit die Frühdiagnose der Krankheit möglich wurde und dann brachte der verstorbene Sir Henry Butlin die vorher in Misscredit gekommene Operation der Thyreotomie mit ausgiebiger Entfernung der erkrankten Theile wieder zu Geltung. Diese Operation war wahrscheinlich nur deshalb discreditirt worden, weil vor Semon's Veröffentlichungen die bösartige Erkrankung des Kehlkopfes erst in einem Stadium erkannt wurde, wo sie bereits derartige Proportionen angenommen hatte, dass jede Behandlungsweise, ausgenommen die Totalexstirpation, nahezu hoffnungslos war. Mit der Frühdiagnose jedoch brach sich die Erkenntniss durch, dass die Thyreotomie die für alle noch im Anfangsstadium befindlichen Fälle anzuwendende Methode par excellence war. Bald nachdem Butlin begonnen hatte, die Operation auszuüben, adoptirte auch Semon sie und wurde in kurzer Zeit ihr glühendster Anhänger. Im Jahre 1907 hatte er 25 Fälle mit 80 pCt. dauernder Heilung operirt. Es ist recht merkwürdig, dass diese Operation — die in den Händen der Operateure hierzulande so erfolgreich ist — von den Chirurgen und Laryngologen auf dem Continent so langsam acceptirt wurde. Dies ist um so auffallender, wenn wir die ausgezeichneten Resultate bedenken, die sie nicht nur in Bezug auf die Heilung giebt, sondern auch darin, dass diese erreicht wird mit einem Minimum an Beeinträchtigung der Function, denn Sie wissen, es ist nichts Ungewöhnliches, dass die Stimme danach fast so gut wie normal bleibt.

Ausser seiner grossen Arbeit über Kehlkopfcarcinom, über die bereits gesprochen wurde, producirte Semon im Jahre 1897 sehr werthvolle Abhandlungen über „Die Frage der Radicaloperation bei bösartigen Kehlkopfgeschwülsten mit besonderer Berücksichtigung der Thyreotomie“[1]), „Einige Punkte in der Behandlung und Diagnose des Kehlkopfkrebses“[2]), und „Ein Beitrag zur Diagnose des Kehlkopfkrebses“[3]). In diesen führte er seine

1) Arch. f. Laryng. Bd. VI. — Forschungen u. Erfahrungen. Bd. II. S. 284.

2) British medical journal. 2. Febr. 1907. — Forschungen u. Erfahrungen. Bd. II. S. 338.

3) Forschungen u. Erfahrungen. Bd. II. S. 364. — Vortrag, gehalten auf dem Internat. Med. Congress in Budapest. 1909.

früher geäusserten Anschauungen weiter aus, beschrieb und erörterte die Resultate der Thyreotomie, indem er sie mit anderen Operationen verglich, und berichtete viele interessante Fälle, in denen sich diagnostische Schwierigkeiten ergaben, jedoch modificirte er seine ursprünglichen Ansichten in keiner Weise. Dies ist für seine Methoden überhaupt charakteristisch, denn, wie ich vorher sagte, Semon war im äussersten Maasse genau und besonders achtsam darin, niemals zu verallgemeinern, bevor er seiner Thatsachen und Beweise absolut sicher war. Wenn auch der verstorbene Sir Henry Butlin es zweifellos war, der die Operation der Thyreotomie für gewisse Fälle von Kehlkopfkrebs wieder zur Geltung brachte, und wenn er auch der Bedeutung dieser Wiedererweckung sich ganz bewusst war, so ist es doch fraglich, ob die Methode jemals so allgemein bekannt und geschätzt worden wäre, wenn nicht Semon's Fürsprache gewesen wäre. Der Grund dafür ist nicht weit zu suchen. Butlin, obwohl ein vollendeter Laryngologe und eine unserer ersten, wenn nicht die erste Autorität auf dem Gebiet der malignen Erkrankungen, war doch auch allgemeiner Chirurg mit einem weitumfassenden Kreis von Interessen und Thätigkeit. Seine Zeit war demnach zu sehr ausgefüllt, als dass er im Stande gewesen wäre, seine Aufmerksamkeit auf ein bestimmtes Organ zu concentriren, und so geschah es, dass seiner neuen Operation — denn sie war in gewissem Sinne eine neue — durch Semon die gebührende Stellung verschafft wurde, der, wie ich wohl kaum zu sagen brauche, stets sorgfältigst darauf hielt, Butlin als Urheber der Methode zu nennen.

Würde es die Zeit gestatten, so würde es wohl eine verlockende Aufgabe sein, einen Vergleich zu ziehen zwischen Semon's neurologischen Arbeiten und denen über maligne Erkrankungen.

Von jenen — wenn wir sie rein vom wissenschaftlichen Standpunkt betrachten —, kann gesagt werden, dass sie den Vorrang verdienen. Die in ihnen enthaltene Lehre entwickelte sich langsam, führte zu zahlreichen Laboratoriumsversuchen, erforderte mannigfache Erörterungen und gab schliesslich der Frage von der motorischen Kehlkopflähmung ein derartiges Aussehen, dass die betreffenden Kapitel in allen Lehrbüchern revidirt oder — sollte ich eigentlich sagen — neu geschrieben werden mussten. Sie brachte in bis dahin dunkle Fragen der Diagnose Klarheit und kam der Therapie in gewissem Sinne zu Hilfe, insofern sie es uns möglich machte, mit grösserer Sicherheit zwischen organischer und funktioneller Krankheit zu unterscheiden.

Auf der anderen Seite waren Semon's Beobachtungen über Carcinom rein das Ergebniss seiner Erfahrung, die er freilich durch die peinliche Sorgfalt, mit der er seine Fälle studirte, gesammelt hatte, die aber nicht auf mühseligen Laboratoriumsversuchen basirte, noch irgendwelche sorg-

fältigen histologischen Studien erforderte. Nichts desto weniger wurde auch hier ein durchaus neues Licht auf die Frühstadien der malignen Kehlkopferkrankung geworfen, so dass eine Revision alles dessen, was vorher über diesen Gegenstand geschrieben war, nothwendig wurde. Ein noch weiteres und grösseres Ergebniss folgte jedoch, denn dank der frühzeitigen Erkennung des Carcinoms konnten viele werthvolle Leben gerettet werden und werden in Zukunft noch gerettet werden.

Wenn ich mich nun dem Schluss meiner Aufgabe nähere, so brauche ich wohl kaum daran erinnern, dass das, was ich vorgetragen habe, keinen Versuch darstellen soll, eine vollständige Aufzählung von Semon's Beiträgen zur laryngologischen Literatur zu geben. So habe ich nicht erwähnt, dass er im Jahre 1884 eine Uebersetzung des zweiten Bandes von Morell Mackenzie's Buch anfertigte, die in Form von Anmerkungen viel Originales enthielt. Dann ist keine Erwähnung gethan der Arbeiten über die Pflege der Singstimme, über den Werth der englischen und deutschen medicinischen Ausbildung und über ungewöhnliche Manifestationen der Syphilis in den oberen Luftwegen — alles interessante und werthvolle Beiträge. Ausserdem berichtete Semon über zahlreiche seltene Fälle, lieferte verschiedene Aufsätze biographischen Inhalts und schrieb Kapitel für Handbücher, unter welchen das über nervöse Erkrankungen des Kehlkopfes in Heymann's Handbuch besondere Erwähnung verdient. Ich will jedoch die einzelnen Arbeiten nicht weiter specificiren, sondern begnüge mich mit der Feststellung, dass Semon im Ganzen 132 Beiträge zur Literatur lieferte. Seitdem er sich von der Praxis zurückgezogen hat, hat er die wichtigsten von ihnen gesammelt und in zwei wunderhübsch ausgestatteten Bänden herausgegeben. Nach reiflicher Ueberlegung entschied er sich für die Anwendung der deutschen Sprache bei dieser seiner letzten literarischen Leistung, aber ich bin sicher, die Gedanken vieler auszusprechen, wenn ich der Hoffnung Ausdruck gebe, dass auch eine englische Ausgabe seiner gesammelten Werke hergestellt werden möge.

Als ich begann, das Material für diese Vorlesungen zu ordnen, war ich bereits erfüllt von der Wichtigkeit der Gelegenheit und von der Verantwortlichkeit, die ich auf mich nahm. Allmählich wurde ich mir immer mehr der Schwierigkeiten bewusst, meine Aufgabe befriedigend zu erfüllen. Bei der Erörterung über einen Freund und sein Werk unparteiisch zu bleiben, genug und doch auch nicht zu viel zu sagen, strittige Themata zu berühren und dabei keinen Anstoss zu geben, — das waren einige von den zahlreichen Hindernissen, die sich mir darboten und die erst klein schienen, beim Fortschritt meiner Arbeit aber immer grössere Dimensionen annahmen. Nachdem ich eingesehen hatte, dass die Schwierigkeiten, die mich bedrängten, Legion waren, entstand die Frage: Sollte ich zu Anderen

um Rath meine Zuflucht nehmen oder nicht? Auf Grund meiner Ueberlegung kam ich zu dem Schluss, dass der Rath je nach der Persönlichkeit des Gefragten so verschieden ausfallen würde, dass ich nicht hoffen konnte, aus der vereinten Weisheit meiner Freunde einen Nutzen zu ziehen.

Ich sah mich also auf meine eigenen Hilfsquellen zurückgedrängt und das Ergebniss ist das, was Sie gehört haben. Wie weit es davon entfernt ist, dieser einzigartigen, historischen Gelegenheit würdig zu sein — denn Sir Felix Semon ist eine ganz ungewöhnliche Ehrung zu Theil geworden, indem auf seinen Namen eine Lectureship gegründet wurde, während er selbst noch am Leben ist —, dessen bin ich selbst mir nur zu gut bewusst. Lassen Sie mich zum Schluss der Hoffnung Ausdruck geben, dass er noch lange in körperlicher Gesundheit und geistiger Frische leben und noch für viele kommende Jahre im Stande sein möge, an den Semonvorlesungen Kritik zu üben.

II. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Sterckmans** (Louvain). **Bericht über die vom 1. Januar 1911 bis 1. Juli 1912 ausgeführten Operationen. (Relevé des opérations pratiqués du 1 janvier 1911 au 1 juillet 1912.)** *Louvain 1912.*

Statistik über 231 Operationen an Nase, Oberkiefer, Ohren, Pharynx, Oesophagus, Larynx und Trachea. 3 Todesfälle. PARMENTIER.

2) **Dierícx. Bericht über die auf der Abtheilung von Dr. Louis van den Wildenberg im Laufe der letzten zwei Jahre vorgenommenen Operationen. (Relevé des opérations pratiques dans le service du Dr. Louis van den Wildenberg dans le courant de ces deux dernières années.)** *Anvers 1912.*

Statistischer Bericht. PARMENTIER.

3) **Lombard, Mahu, Sieur. Eine internationale Sammelforschung über Ozaena. (Une enquête collective internationale sur l'ozène.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. No. 11. 1912.*

Aufruf der französischen Organisatoren. Es wurden die Gesichtspunkte angegeben, nach welchen die Untersuchung geleitet werden soll. Hieranf folgt die Namensangabe der französischen Organisatoren und Mitglieder und der Abdruck der bekannten Formulare. LAUTMANN.

4) **G. L. Angeny. Gangosa.** *New Orleans medical and Surgical journal. Aug. 1912.*

Verf. definirt die Krankheit als charakterisirt durch destructive Ulcerationen der Mund-, Nasen- oder Rachenschleimhaut, der äusseren Haut, wobei in seltenen Fällen auch die Knochen betheiligt sein können. Die Krankheit ist länger als ein

Jahrhundert auf Guam und anderen Inseln des Marianen-Archipels herrschend gewesen. Die sorgfältigsten Untersuchungen haben kein Bacterium oder sonstige Mikroorganismen als Ursache der Krankheit aufdecken können; auch die Spirochaeta pallida ist nicht gefunden worden. Die histologischen Untersuchungen sind ergebnisslos gewesen. Die Gangosa gleicht keiner anderen bekannten Krankheit. Die Theorie, dass die Gangosa eine hereditäre Syphilis sei, zählt die meisten Anhänger, jedoch bietet die Krankheit einige Erscheinungen, die nicht mit Syphilis übereinstimmen. Die Krankheit ist 12 Jahre und länger sorgfältigst beobachtet worden, jedoch ist während dieser Zeit kein Fall von primärer oder secundärer Syphilis bei einem Eingeborenen beobachtet worden. Es giebt keinen Anhalt für eine Uebertragung durch Geschlechtsverkehr. Hirn- und Rückenmarkssyphilis, Syphilis des Kreislaufssystems, Taubheit, Choroiditis, Hutchinson'sche Zähne und Arthritis kommen absolut nicht vor; Keratitis, wenn sie beobachtet wird, tritt secundär zu Cornealgeschwüren hinzu, ist einseitig und sehr unähnlich der Keratitis bei angeborener oder hereditärer Syphilis. Jedoch führt Anwendung von Hg oder Jod in einer grossen Zahl der Fälle zu Heilung und in 83 pCt. einer Serie von Fällen fand Odell positive Wassermannreaction.

EMIL MAYER.

5) **J. E. Hofnail. Dreifache Operationen in Nase und Hals. (Triple operations on the nose and throat.)** *Clinical medicine. April 1912.*

Diese Arbeit soll nur referirt werden, um zu zeigen, was für wahrhaft barbarische Vorstellungen von Therapie noch heute in gewissen Köpfen herrschen, und um im Interesse der Patienten, die derartigen Vorstellungen zum Opfer fallen, auf das Schärfste Protest zu erheben!

Verf. hält frühzeitige Operationen an Mandeln, Adenoiden und in der Nase für nothwendig, um Nebenhöhlenerkrankungen vorzubeugen. Diese „dreifache Operation“ soll in Chloroformnarkose vorgenommen werden. Die Tonsillen werden mit der Schlinge entfernt oder die Fingerenucleation gemacht. Dann werden die Adenoiden mit dem Zeigefinger ausgeräumt! Dann wird eine Quetschzange in die Nase eingeführt und eine oder auch beide unteren Muscheln abgebrochen, eventuell auch die mittlere!!!

EMIL MAYER.

6) **A. Strauss** (Barmen). **Weiterer Beitrag zur Chemotherapie der äusseren Tuberculose.** Mit 18 Photographien. Vortrag auf der Naturforscher- und Aerzteversammlung in Münster, Abtheilung für innere Medicin, 16. September 1912. *Münchener med. Wochenschr. No. 50. 1912.*

Nach kritischer Erörterung der bisherigen Behandlungsweise der Tuberculose, im Besonderen der Tuberculose der Haut, weist Autor auf die Bedeutung der neueren chemotherapeutischen Behandlungsformen hin und schildert den Werdegang seiner jetzigen auf den Vorversuchen von Ehrlich, Luton und Finkler beruhenden Methode, die in der Verwendung von anorganischen oder complexen Kupfersalzen und Lecithin, mit oder ohne Zusatz einer gesättigten wässerigen Jodmethylenblaulösung besteht. Da es sich auch bei dem Lupus meist nicht um eine reine Hautkrankheit handelt, sondern um die Aeusserung einer tuberculösen Diathese auf der Haut, so muss die Therapie neben der elektiven örtlichen Wir-

kung auf den tuberculösen Process, auch die tuberculöse Diathese zu beseitigen im Stande sein, sie muss im gegebenen Falle eine ätiotrope Wirkung gegen die Tuberkelbacillen besitzen. Diese chemotherapeutische Wirkung scheint dieser Methode zugesprochen werden zu dürfen. Autor verbreitet sich nun eingehend über die therapeutischen Maassnahmen (tiefe intramusculäre Injectionen, Inunctionscuren mit einer entsprechend zusammengesetzten Salbe, oder intravenöse Injectionen; ausserdem eventuell auch als Klysmen oder in Form von Kapseln, Tabletten und Pillen per os; diese alle zur allgemeinen Behandlung und daneben eine Salbencombination von Jodmethylenblau mit complexem Kupfersalz zu örtlicher Behandlung) und deren Technik, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muss. Den Schluss der Arbeit bildet die Wiedergabe von acht Krankengeschichten, deren beigegebene photographische Reproductionen der Patienten bei Beginn und am Ende der Behandlung den therapeutischen und auch kosmetischen Erfolg dieser Methode illustriren.

HECHT.

7) **Carl Bruck** und **A. Glück. Ueber die Wirkung von intravenösen Infusionen mit Aurum-Kalium cyanatum (Merck) bei äusserer Tuberculose und Lues.** Mit 9 Abb. Aus der kgl. dermatologischen Universitätsklinik zu Breslau (Director: Geheimrath Neisser). *Münchener med. Wochenschr. No. 2. 1913.*

In dieser vorläufigen Mittheilung, in der die Autoren die Bedeutung der chemotherapeutischen Methoden eingehend erörtern, berichten sie unter Hinweis auf die einschlägige Literatur über die zunächst angestellten Thierversuche mit obigem Präparat und die anschliessend beim Menschen beobachteten therapeutischen Erfolge. Sie behandelten eine Reihe Lupusfälle nur mit Aurum-Kalium cyanatum, andere combinirt mit Aur.-Kal. cyanat. und mit Alttuberculin, sowie auch eine Reihe Luesfälle. Sie erzielten derartig gute und verhältnissmässig reiche Erfolge, dass sie zu eingehender und ausgedehnter Nachprüfung auffordern. Die Krankengeschichten sind in Kürze mitgetheilt, z. Th. durch beigegebene Photographien illustrirt, die Technik — die Application geschah stets in Form der intravenösen Infusion, wie sie die Verff. bei der Salvarsanbehandlung anwenden — findet entsprechende Würdigung.

HECHT.

8) **N. Nakamura. Klinische Studien über die Tuberculose der oberen Luftwege.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryngologie. Bd. 18. H. 2. 1912.*

Summarische Beschreibung von 90 Fällen zerfällt in Symptomatologie und Therapie. Verf. empfiehlt besonders Alkoholinjection (Hoffmann) bei Schmerzen und frühzeitige Ausschaltung des Rachens und Kehlkopfes durch Tracheotomie und Gastrostomie.

KUBO.

9) **Butzengeiger. Erfahrungen mit Mesbé in der Behandlung chirurgischer Tuberculosen.** Aus der chirurg. Abth. der städt. Krankenanstalten zu Elberfeld (Chefarzt: Dr. Nehrkorn). *Münchener med. Wochenschr. No. 3. 1913.*

Da die Urtheile über den Werth von Mesbé bei der Behandlung der Kehlkopftuberculose noch sehr auseinandergehen, dürfte es interessiren, dass Autor bei einer, allerdings nur kleinen Zahl von Gelenks- und Knochentuberculosen mit

Mesbé überraschend gute Erfolge erzielte, die er als eine Art specifischer Wirkung des Mittels auf die tuberculösen Herde auffassen zu müssen glaubt. HECHT.

10) **J. Le Mée. Die localen Anästhetica und deren Anwendung in der oto-rhino-laryngologischen Chirurgie. (Des analgésiques locaux et de leur emploio en chirurgie oto-rhino-laryngologique.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 9 u. 10. 1912.*

In einer äusserst gewissenhaften Arbeit wird die lange Reihe der Mittel, die zur localen Anästhesie in unserem Specialgebiet vorgeschlagen worden sind, durchgegangen und, soweit es möglich war, wurden die persönlichen Erfahrungen des Autors wiedergegeben. Bei weniger usuellen Mitteln beschränkt sich Verf. auf Mittheilung der bekanntesten Publicationen. Die Reihe der besprochenen Producte ist lang und umfasst folgende Namen: Cocain, Stovain, Alypin, Eucain A und B, Tropocain, Novocain, das Doppelsalz von Chinin und Harnstoff, Anästhesin, Subcutin, Orthoform, Chloreton, Gaiacol, Gaiacyl, Acoin, Holocain, Antipyrin, Onabain, Nervocidin, Formanilid, Nervanin, Nalicin und endlich das Adrenalin. Nachdem Verf. diese Medicamente nach ihrer chemischen, toxischen und therapeutischen Seite besprochen, trifft er eine engere Auswahl unter denen, die sich für die tägliche Praxis am besten bewährt haben und vergleicht in einer Reihe von synoptischen Tabellen den Moment des Auftretens der Analgesie und deren Dauer für eine Reihe der gebräuchlichsten Anaesthetica in bekannten Concentrationen sowohl in der Nase, im Rachen, im Kehlkopf als auch im Ohre, und zwar nach Einführung mittels getränkter Bausche, mittels Pinselung, subcutaner und submucöser Injection. Endlich kommt er zur Schlussfolgerung, dass es heute nicht mehr möglich ist, mit einem einzigen Anaestheticum auszukommen. Neben dem Cocain braucht der Oto-Rhino-Laryngologe das Novocain, das Alypin, die Verbindung Stovain-Cocain, das Antipyrin, das Doppelsalz des Chinins, und das Adrenalin. Die Wahl des passenden Anaestheticums ist heute ebenso wichtig bei der Operation wie die Operationsmethode selbst. LAUTMANN.

11) **Wolff Freudenthal. Localanästhetica für die oberen Luftwege. (Local anaesthetics in the upper respiratory tract.)** *Medical Record. 20. Juli 1912.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die für die oberen Luftwege in Anwendung kommenden Localanaesthetica und die Technik ihrer Anwendungsweise. Er warnt speciell auch vor dem unvorsichtigen Gebrauch des Adrenalins. EMIL MAYER.

12) **O. Seifert** (Würzburg). **Sammelreferat über Alypin.** Würzburger Abhandlungen aus dem Grenzgebiet der prakt. Med. *XIII. Bd. Supplementheft. 1913.*

In dem Sammelreferat werden alle bisher über die Anwendung des Alypins erschienenen Arbeiten berücksichtigt; die Literatur ist eine sehr reichhaltige. Den grössten Umfang hat naturgemäss das Capitel über die Anwendung des Alypins in der Rhino-Laryngologie. Das Gesammtresultat der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen ist, „dass das Alypin eine ausserordentlich werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes darstellt und wohl verdient, noch ausgiebigere

Verwendung zu finden als bisher, zumal ihm nur geringe Nachtheile, aber um so grössere Vorzüge vor anderen Localanaestheticis nachgewiesen werden können".

FINDER.

13) **Chevalier Jackson. Anästhesie für perorale Endoskopie. (Anesthesia for peroral endoscopy.)** *The Laryngoscope. October 1912.*

Nachdem Verf. ein Kind eine Stunde nach Entfernung von Larynxpapillomen hat unter rhythmischen Convulsionen zu Grunde gehen sehen, ist er mit der Anwendung von Cocain sehr vorsichtig geworden. Er benutzt seitdem bei Kindern überhaupt kein Cocain mehr. Er macht bei Kindern unter 7 Jahren alle endoskopischen Eingriffe ohne jedes Anaestheticum, sowohl locales wie allgemeines, ausser wenn es sich um sehr complicirte Fremdkörper handelt, z. B. Schluss und Extraction einer Sicherheitsnadel.

Bei allgemeiner Narkose mit Aether oder Chloroform wird diese in der gewöhnlichen Weise eingeleitet und nachdem das Rohr eingeführt ist, wird ein mehrere Lagen dicker Gazebausch über die Rohröffnung gehalten und das Anaestheticum darauf getropft. Am zweckmässigsten hält Verf. einen von Buchanan angegebenen Apparat, der direct an das Rohr angebracht wird.

Zum Schluss ermahnt Verf. nochmals, sich zu bemühen, möglichst ohne jedes Anaestheticum auszukommen; er ist auf Grund seiner Erfahrungen der Ueberzeugung, dass Localanästhesie sowie Allgemeinnarkose verhältnissmässig selten nöthig seien.

EMIL MAYER.

14) **Blanluet. Das Chloroform in der Rhino-Pharyngologie. (Le chloroforme en rhino-pharyngologie.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 12. 1912.*

Die allgemeine Anästhesie in unserer Specialpraxis soll in Chloroformnarkose bestehen. Wenn Patient mit dem Apparat von Ricard tief anästhesirt ist, kann man entweder die Narkose mit der Canüle von Butlin-Ponnier fortsetzen, oder die perorale Intubation nach Kuhn anwenden. Der Kuhn'sche Apparat wird mittels der Vorrichtung von Lunbard an den Ricard'schen Chloroformisator angesetzt. Hierauf erst tamponirt man den Pharynx und beginnt dann die Operation. So wird bei Lermoyez jetzt allgemein anästhesirt. Was die genannten Apparate anlangt, so sind dieselben in Frankreich sämmtlich gut bekannt. Ihre Beschreibung und Abbildung finden sich im Text.

LAUTMANN.

15) **William C. Woolsey. Intratracheale Insufflationsnarkose. (Intratracheal insufflation anaesthesia.)** *New York state of medicine. April 1912.*

Verf. rühmt die Vorzüge der Intratrachealnarkose. Man solle niemals ohne einen guten Quecksilbermanometer und Sicherheitsventil insuffliren; das Maximum des Drucks soll 20 mm Quecksilber betragen.

EMIL MAYER.

16) **C. H. Peck. Intratracheale Insufflationsnarkose. (Intratracheal insufflation anaesthesia.)** *Annals of surgery. Juli 1912.*

Auf Grund seiner Erfahrung in 216 Fällen betrachtet Verf. die Insufflationsnarkose als gefahrlos, wenn gewisse Punkte beachtet werden, d. h. man muss

Ueberdruck vermeiden, ferner das Versprayen flüssigen Aethers durch das Rohr, Einführung des Rohrs in den Oesophagus, Einführung des Rohrs über die Bifurcation hinaus und Verletzung des Pharynx und Larynx. Der Hauptvortheil der Methode bei Operationen in der Mund- und Rachenhöhle ist, dass kein Blut, Schleim oder Erbrochenes aspirirt werden kann und so die Schluckpneumonie vermieden wird.
EMIL MAYER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

17) **J. P. Schaefer. Typen der Ostia nasolacrymalia beim Menschen. (Types of ostia nasolacrimalia in man.)** *American journal of anatomy. Vol. 13. 2. H. 15. Juni 1912.*

Gewöhnlich ist das Ostium nasolacrymale eine einzige Oeffnung, es sind jedoch auch schon doppelte und dreifache Ostien beobachtet worden. Die Studie zeigt, dass es keine unvariable typische Form des Ostiums giebt, sondern dass man verschiedene normale Typen unterscheiden muss.
EMIL MAYER.

18) **Bruno Cohn** (Charlottenburg). **Zur Operationstechnik bei Erkrankungen der Thränenwege.** *Fränkel's Archiv f. Laryngol. Bd. 26. H. 3. 1912.*

Verf. giebt einen Weg der Eröffnung des Thränennasengangs von der Nasenseite aus an, der im Vergleich zu den bisher üblichen Methoden verhältnissmässig leicht zu sein scheint, dessen Erfolge jedoch noch abzuwarten sind. Die Nasenschleimhaut wird mit dem Periost zugleich von einem bogenförmigen Schnitt parallel dem vorderen Rande der mittleren Muschel nach hinten und oben zurückpräparirt. Der Schnitt ist ca. 1 cm vor dem vorderen Rande der mittleren Muschel bis zum Ende des ersten Drittels der unteren Muschel anzulegen. Mit einem hakenförmigen stumpfen Instrument wird nun das Thränenbein, zu dem man wohl meist tastend gelingen wird, eingebrochen und dann mit einem ähnlichen schneidenden Instrument der häutige Kanal durchschnitten. Durch Stanzen wird hierauf von der angelegten Oeffnung aus der häutige und knöcherne Kanal gleichzeitig in gewisser Ausdehnung entfernt.
W. SOBERNHEIM.

19) **L. de Wattripont. Beitrag zum Studium der bacteriologischen Beziehungen zwischen Nasenkrankheiten und Erkrankungen der Thränenwege. (Contribution à l'étude des rapports bactériologiques entre les affections nasales et les affections des voies lacrymales.)** *La Clinique. No. V. 3. Februar 1912.*

Verf. berichtet über drei Fälle von Pericystitis phlegmonosa tuberculosa bei Kindern und giebt seine Ansichten über die Pathologie dieser Erkrankung: Die Grundaffection ist bei den Kindern eine Osteo-Periostitis des Thränenbeins; die Thränensackphlegmone ist nur ein der speciellen Localisation angepasstes Symptom.
PARMENTIER.

20) **Réthi. Unterbindung der Carotis externa wegen postoperativer Blutung aus der Nase.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 10. Mai 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 20 u. 22. 1912.*

Nach einer Conchotomia inferior bei einem 24jährigen Mann traten in ver-

schiedenen Intervallen zwei Monate lang arterielle Blutungen auf, die nur durch Carotitisligatur standen.

HANSZEL.

21) **M. Steiner** (Budapest). **Naseneperationen ohne Tampon.** *Gyogyaszat. No. 21. 1912.*

Vor einem Jahre war Verf. gezwungen, bei einem Patienten den Tampon, welcher Brechreiz und deshalb Blutung verursachte, zu entfernen. Der glatte Verlauf dieses Falles veranlasste ihn seither ohne Tampon zu operiren und er hatte in 33 Fällen keine Nachblutung oder sonstige Complication erlebt.

POLYAK.

22) **James B. Horgan. Zufällige Freilegung der Meningen im Verlaufe von intranasalen Operationen. (Accidental exposure of the meninges during intranasal operations.)** *Journal of laryng., rhinol. and otology. December 1912.*

Während einer intranasalen Eröffnung der vorderen Siebbeinzellen in Cocainanästhesie wurde die Dura im Umfang von ca. 2 cm freigelegt und man konnte sie pulsiren sehen. Es traten keine Folgeerscheinungen auf. Ebenso wurde in einem anderen Falle bei Entfernung der Pars pendicularis des Siebbeins im Laufe einer submucösen Septumresection die Dura freigelegt, ebenfalls ohne Folgeerscheinungen.

JOHN WRIGHT.

23) **Richter** (Plauen). **Ueber Mucotomie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 46. S. 1165. 1912.*

Bei Hypertrophie der unteren Muscheln schneidet Verf. mtt Hülfe eines von ihm angegebenen Instruments, an dem 2 Messer parallel nebeneinander stehen, in ganzer Länge der Muschel einen Schleimhautstreifen heraus. Das Instrument zeigt vorn einen Haken, der das sich zwischen 2 parallelen Schnittflächen liegende Schleimhautband mit raschem Zug herausreisst. Es handelt sich also bei dieser Methode, die nach R. die Galvanokaustik ersetzen soll, um eine Scalpirung der Schleimhaut, ein Verfahren, das nach der Anschauung des Referenten der Scheerenoperation sicherlich nicht vorzuziehen ist.

OPPIKOFER.

24) **E. Guarnaccia** (Catania). **Meine Methode der Turbinectomia inferior. (Metodo personale di turbinectomia inferiore.)** *La Pratica oto-rino-laringoiatrica. No. 2. 1913.*

Verf. wendet kein Localanaestheticum an, weil diese die Muschel zum Abschwellen bringen und die Beurtheilung der Schnittlinie erschweren. Er schneidet mit der Beckmann'schen Scheere möglichst in einem Schnitt die Muschel bis zum choanalen Ende durch, wobei er ein Drittel des Muschelknochens stehen lässt, dann führt er den Zeigefinger der linken Hand in den Nasenrachen und eine starke Heymann'sche Zange durch die Nase, fasst mit ihr die abgeschnittene Muschel bis er die Zange im Nasenrachen fühlt und entfernt die Muschel mit leichten ziehenden Bewegungen. Dann wird mit Pengawar tamponirt, das Verf. für alle Blutungen in der Nase bevorzugt.

FINDER.

25) **W. Scott Renner. Die mittlere Muschel; einige Indicationen für ihre Entfernung. (The middle turbinated body; some indications for its removal.)** *Annals of otol., rhinol. and laryngol. Juni 1912.*

Im Verlaufe der Besprechung der bekannten Indicationen für die Entfernung der mittleren Muschel (Nebenhöhlenempyeme, Reflexstörungen in Folge Druck der Muschel gegen das Septum) behauptet Verf. auch, dass die mittlere Muschel häufig die Nasenathmung beeinträchtigt und dass sie in dieser Beziehung noch vor der unteren Muschel und in demselben Maasse, wie das Septum, Aufmerksamkeit verdient.

EMIL MAYER.

26) **Grofmann** (Reni). **Ein besonderer Fall von operativ behandelter Rhinitis hypertrophica, mit anschliessenden Bemerkungen über die Genese der Ozaena.** *Berner Dissert. aus dem Privatlaboratorium von Prof. Schönemann. Verlag Kamp-Burger. Bern 1912.*

Nach verhältnissmässig langer Einleitung über die normalen Verhältnisse der Pars respiratoria und der Pars olfactoria nasi wird der Fall eines 32jährigen Mannes mitgetheilt, bei dem wegen starker Verstopfungsbeschwerden und nächtlicher Athemnoth aus der sonst durch Septumbiegung nach links ausgeweiteten rechten Nasenhöhle mächtige kleinlappige Hypertrophien der unteren und mittleren Muschel sammt Knochen von vorn bis hinten entfernt wurden. Trotzdem nun diese Nasenseite ausserordentlich weit wurde, stellte sich doch nicht die mindeste Krusten- oder gar Ozaenabildung ein, wie sie nach der gewöhnlichen Theorie von der Ozaena erwartet werden durfte (?). Verfasserin ist deshalb für in dieser Hinsicht rücksichtslose Entfernung der Muscheln in denjenigen Fällen, wo die Nasenathmung wesentlich durch dieselben behindert ist und Athmungsstörungen entstehen.

JONQUIÈRE.

27) **Ath. Zografides** (Athen). **Die Ozaena. Ihr Wesen und ihre Therapie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 46. S. 1497.*

Verf. vertritt die Meinung, dass es sich bei der Ozaena um eine reine Trophoneurose des Trigeminus handelt, wie bereits früher Zarniko, Bayer und andere angenommen haben. Verf. beobachtete nämlich bei Patienten mit einseitiger Ozaena oder bei Patienten, bei denen die Ozaena auf der einen Seite stärker war als auf der anderen, dass auch die Weichtheile und der Knochen der entsprechenden Gesichtshälfte atrophisch waren. War dagegen die Atrophie in beiden Nasenhöhlen dieselbe, so konnte er eine Asymmetrie im Gesicht nicht constatiren.

Neben 2—10 proc. Calomelsalbe empfiehlt Verf. bei Ozaena während 1 bis 2 Monaten oder auch länger die Schleimhaut mit der nur wenig erhitzten Spitze des Galvanokauters anzuregen; Dauer der Sitzung für jede Nasenhöhle 2—3 Minuten. Die Schmerzen sind gering, so dass Cocain nicht nothwendig ist. Mittheilung von 24 Krunkengeschichten, die beweisen sollen, dass die günstigen Erfolge (Verschwinden der Krusten und des Fötors, manchmal auch Abnehmen oder völliges Zurückgehen der Atrophie und Wiederkehr des Geruchs) nicht nur momentane seien.

OPPIKOFER.

28) **G. Mahu. Die moderne Behandlung der Ozaena. (Traitement moderne de l'ozène.)** *Presse médicale. No. 2. 1913.*

Paraffineinspritzung, methodische Athemübungen und Einblasung von Milchsäureferment (Ferment lactique) werden an erster Stelle genannt. Dann beschreibt Verf. die verschiedenen Nasenspülungen, die verschiedenen Spritzen für Paraffin (i. e. Spritze von Mahu, Gault, Leroux) und endlich das Instrumentarium von Foy, um comprimirte Luft in die Nase zu treiben, behufs Anregung der Nasenathmung.

LAUTMANN.

29) **Ciro Caldera** (Turin). **Ein Vorschlag zur Abänderung der Technik der submucösen Paraffininjectionen bei der Ozaenatherapie.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 1. 1913.*

Verf. setzt, um ein Paraffin mit hohem Schmelzpunkt (52—55°) verwenden zu können, diesem Aethyläther hinzu. Dieses lässt das Paraffin halbweich werden, gewährt Sterilität und wird von dem Organismus ohne toxische Erscheinungen leicht aufgesaugt.

W. SOBERNHEIM.

30) **Iwanoff. Zur Correction des Nasenflügels.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 5. S. 969.*

Verf. empfiehlt in passenden Fällen von Nasenflügeldeformation die subcutane Resection des Naselflügelknorpels und die Transplantation von Ohrmuschelknorpel in den Flügel; er hat diese Methode in 2 Fällen mit gutem Erfolg angewendet.

OPPIKOFER.

31) **Corrado Canestro** (Genua). **Ueber die Knorpelplastik der Nasenflügel.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 1. 1913.*

Bei einer Einsenkung des rechten Nasenflügels, der in der Längsrichtung von einer Furche durchschnitten wurde, so dass sich das rechte Nasenloch bei Inspiration völlig verlegte, wurde nach Befreiung des Nasenflügels von seinen Adhäsionen in zweiter Sitzung ein 1—2 cm dickes Rippenknorpelstückchen mit erhaltenem Perichondrium in eine im Nasenflügel geschaffene Tasche eingelegt. Nach Heilung per primam zeigte sich der Erfolg gut in Bezug auf die Kosmetik und das functionelle Resultat.

W. SOBERNHEIM.

32) **Reich** (Tübingen). **Ersatz von Nasenflügeldefecten durch freie Transplantation aus der Ohrmuschel nach König.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 45. 1912.*

In dem mitgetheilten Falle wurde zur plastischen Deckung eines nach der Operation eines rasch wachsenden Basalzellenkrebses entstandenen Defectes am linken Nasenflügel ein Stück aus dem oberen Theile der linken Ohrmuschel sectorförmig ausgeschnitten und angenäht. Als besonders geeignet für eine derartige Plastik bezeichnet Verf. die Unterlassung der Localanästhesie und die Resection der Knorpelränder des Ersatzstückes.

SEIFERT.

33) **O. Glogau** (New York). **Eine durch Einpflanzung von Nasenscheidewandknorpel behobene Nasenverunstaltung.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 5. S. 613. 1912.*

Verf. transplantirte bei einer Sattelnase den submucös entfernten deviirten Knorpel der Nasenscheidewand unter die Haut mit gutem kosmetischen Erfolg.

OPPIKOFER.

34) **O. A. Lettrop. Naht als Ersatz für Tamponade nach submucöser Nasenscheidewandresection. (Suturing as a substitute for splints after the submucous resection of the nasal septum.)** *Boston medical and surgical journal. 28. März 1912.*

Das Verfahren, für das Verf. ein eigenes Instrumentarium (bestehend aus selbsthaltenden Speculis, einer rechtwinkligen Nadel an einem Handgriff, einer Drahtschlinge an einem Handgriff und einem Haken zum Fassen und Herausziehen des einen Nahtendes, nachdem die Naht durch die Lappen hindurchgeführt ist) angegeben hat, besteht darin, dass nach Vollendung der submucösen Resection die Nadel durch beide Schleimhautblätter von der einen Seite zur anderen vollständig durchgeführt und so befestigt wird, dass die Blätter an dieser Stelle fest zusammengehalten werden. Auf dieselbe Weise sollen verschiedene Stellen innerhalb der resecirten Partie zusammengezogen werden. Die Nahtenden werden dann lose über dem häutigen Septum geknüpft.

EMIL MAYER.

35) **J. Conger Smith. Ein nützliches Verfahren bei submucöser Septumresection. (A useful procedure in submucous resection of the nasal septum.)** *Journal american medical association. 20. Juli 1912.*

Verf. macht die Incision der Schleimhaut anstatt mit einem schneidenden Instrument mit dem Galvanokauter. Der Vorzug soll darin bestehen, dass ein höherer Grad von Asepsis erreicht wird und es aus der Schnittwunde nicht blutet, ferner hat der Operateur es genau im Gefühl, wenn die Schleimhaut durchtrennt ist und er auf den Knorpel kommt, so dass eine Verletzung dieses und der gegenüberliegenden Schleimhaut leicht vermieden wird: auch soll die Ablösung der Schleimhaut und des Perichondriums von der galvanokaustischen Wunde aus leichter von statten gehen.

EMIL MAYER.

36) **John Allan. Anästhesie bei submucöser Septumresection. (Anesthesia in submucous resection of the septum nasi.)** *Medical Record. 13. Juli 1912.*

Verf. tamponirt die Nase $^1/_2$ Stunde vor Beginn der Operation mit Gaze, die in 20 proc. Cocainlösung mit Adrenalinzusatz getränkt ist und lässt den Patienten dann bis zu Beginn der Operation niederlegen. Die Gaze darf nicht mit der Cocainlösung gesättigt sein.

EMIL MAYER.

37) **Gordon W. Rice. Ein neues Messer für die submucöse Septumresection. (A new knife for the submucous resection of the nasal septum.)** *Annals of otol., rhinol. and laryngol. Juni 1912.*

Das Instrument soll gleichzeitig als Messer für die Schleimhautincision und als Elevatorium dienen. An der Spitze ist es scharf, die seitlichen Ränder sind stumpf und dienen als Elevatorium. Der kurze schneidende Teil des Instruments steht rechtwinklig zum Griff.

EMIL MAYER.

38) **W. Hudler** (Frankfurt a. M.). **Ueber einen Fall vollkommenen Abschlusses der Stirnhöhle von der Nasenhöhle und Fehlen des Ausführungsganges.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 3. 1912.*

Bei der wegen Kopfschmerzen vorgenommenen Radicaloperation wurde eine

breite Communication mit der Nase hergestellt und so Heilung erzielt. Die Schleimhaut zeigte sich völlig normal.

W. SOBERNHEIM.

39) **Ladislaus Onodi** (Budapest). **Ueber einige chirurgisch wichtige Formverhältnisse der Stirnhöhle, über den Recessus cristae galli, Torus olfactorius und Recessus paracribrosus.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 1. 1913.*

Die anatomischen Verhältnisse werden klar dargestellt und durch 8 sehr gelungene Textfiguren illustrirt. Die genannten Recessus und der Torus olfactorius stellen stets dünne Knochenstellen dar, die bei unvorsichtigem operativen Vorgehen auch bei Abtragung der vorderen Stirnhöhlenwand und der Leisten der Stirnhöhle rupturiren und so eine directe Infection der Meningen bedingen können.

W. SOBERNHEIM.

40) **K. v. Láng** (Budapest). **Ueber abscedirende Stirnhöhleneiterungen.** *Orvosi hetilap. No. 49. 1912.*

Mittheilung von 10 Fällen. Was die Diagnose betrifft, so kommen schwere Fälle vor, in welchen die probatorische Eröffnung der Stirnhöhle nothwendig sein kann. Schwer ist die Diagnose eines Hirnabscesses zu stellen, der Verdacht daraufhin wird durch die Alteration der Gemütsstimmung und des Charakters der Patienten geweckt. Dafür sprechen Veränderung der Papille, Verschwommenheit ihrer Ränder, und eventuelle Sprachstörungen. Bei den bisher publicirten Fällen von Hirnabscess ist die Diagnose meistens erst während der Operation oder bei der Section gestellt worden.

Unter den 10 Fällen kam Frontalabscess 2 mal, Orbitalabscess 3 mal, Frontal- und Orbitalabscess 1 mal, seröse Meningitis 1 mal, eitrige Meningitis 2 mal und eitrige Meningitis mit Hirnabscess 1 mal vor. Die radicale Operation ist 7 mal ausgeführt worden (1 Killian, 2 Riedel, 4 Kuhnt) und 1 mal hat v. Láng endonasal operirt. Auf Operation heilten 6 Fälle = 75 pCt. Trotz der Operation starben 2 Fälle von eitriger Meningitis, einmal mit Hirnabscess complicirt.

POLYAK.

41) **Labarrière. Ueber 5 Fälle von Stirnhöhlenempyem. (Sur 5 cas de sinusite frontale.)** *Archives internat. de laryngol. Tome XXXV. No. 1.*

Abdruck eines Vortrages, gehalten auf dem letzten französischen Laryngologencongress 1912.

LAUTMANN.

42) **L. van den Wildenberg** (Anvers, Belgique). **Zwei operative Eingriffe an den Stirnhöhlen und dem Stirnhirn. (Deux interventions sur les sinus frontaux et le lobe frontal.)** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 47. S. 361. 1913.*

Fall 1. Bei einem 7 Jahre alten Mädchen acute Eiterung in beiden Stirnhöhlen und im Siebbein mit subperiostalem Abscess über den Stirnhöhlen und mit subduralem Abscess. Nach Entfernen der unveränderten hinteren Wand der Stirnhöhle und Incision der normal aussehenden Dura Entleeren einiger Tropfen Eiter und dadurch Rückgang der meningitischen Symptome und Heilung.

Fall 2. Fractur der Schädelbasis, des Stirnbeins, des Oberkiefers, Freiliegen des beschädigten Stirnhirns. Entstehen einer Eiterung in Siebbein- und Kieferhöhle; Operation, Heilung.

OPPIKOFER.

43) **M. Al. Ssamoylenko** (Petersburg). **Postoperative Verödung der Stirnhöhlen. Experimentelle Untersuchung.** *Fränkel's Arch. f. Laryng. Bd. 27. H. 1. 1913.*

Verf. konnte an operirten Hunden und Katzen feststellen, dass die Stirnhöhle verödet, wenn sie gründlich ausgeschabt, ausgetrocknet und mit Jodtinctur bestrichen worden ist oder auch, wenn ohne Austrocknung und Bestreichung mit Jodtinctur eine gründliche Auskratzung der Schleimhaut und des Periostes vorgenommen wurde. Die Verödung geschieht durch vom Periost bezw. Endost neugebildeten Knochen in spätestens 6 Monaten beim Thiere; da die Structurverhältnisse des Knochens beim Menschen identische sind, glaubt Verf. an ähnliche Vorgänge bei Operationen am Menschen, so dass dem Postulate „radical" genügt wird durch gründliche Entfernung der Schleimhaut der Stirnhöhle, die bei der Unmöglichkeit von Hineinwuchern von Nasenschleimhaut nicht ergänzt werden kann.

W. SOBERNHEIM.

44) **Eduard Kellner** (Wien). **Sinusitis frontalis acuta und Iridocyclitis acuta, ein Beitrag zur Kenntniss der rhinogenen Augenaffectionen.** *Monatsschr. für Ohrenheilkde. Bd. 47. S. 237. 1913.*

Im Anschluss an eine acute linksseitige Stirnhöhleneiterung linksseitige Iridocyclitis. 2 Tage später auch rechtsseitige Stirnhöhleneiterung mit nachfolgender rechtsseitiger Iridocyclitis. Heilung nach 5 Wochen. Verf. betont die Wichtigkeit einer combinirten oculären und nasalen Therapie. OPPIKOFER.

45) **Sojo** (Barcelona). **Mucocele fronto-ethmoidalis. (Mucocele fronto-etmoidal.)** *La Oto-Rino-Laringologia. No. II. 1911.*

Die Siebbeinkapsel und die fronto-ethmoidalen Zellen waren destruirt, die Schleimhaut des mittleren Nasenganges durch den Inhalt der Mucocele derart ausgedehnt, dass sie eine zum Theil in den unteren Nasengang herunterreichende Geschwulst bildete. Starker Exophthalmus und Sehstörungen. TAPIA.

46) **Gaylord C. Hall. Bericht über einen Fall von Mucocele der Stirnhöhle mit Dilatation. (Report of case of mucocele of the frontal sinus with dilatation.)** *The Laryngoscope. Juli 1912.*

20jähriger Mann; seit 8 Monaten Schwellung und Protrusion des linken Auges. Incision in der Augenbraue bis auf den Knochen; auf der nasalen Seite dringt das Messer in eine grosse Höhle, aus der sich eine strohfarbene klare Flüssigkeit entleert. Die Weichtheile werden zurückgeschoben und die Oeffnung in der Höhle erweitert. Der Knochen war weich und liess sich leicht schneiden. Als die Oeffnung so weit erweitert war, dass man den Finger zur Palpation einführen konnte, zeigte sich, dass es sich um eine enorm grosse Stirnhöhle handelte, die sich nach aussen bis zum Processus zygomaticus erstreckte. Der Boden der Höhle war vollständig resorbirt: dies erklärte den Exophthalmus. Nachdem die Wunde tamponirt und bis auf den inneren Winkel genäht war, hatte das Auge wieder seine natürliche Stellung. Heilung. EMIL MAYER.

47) **A. Heindl** (Wien). **Ueber die Syphilis des Stirnbeines und der Stirnhöhlen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 47. S. 197. 1913.*

Mittheilung von 10 eigenen Beobachtungen. Alle diese Fälle waren vom zuerst behandelnden Arzt verkannt worden. Typisch ist diesen Fällen von Stirnlues der langsam zunehmende Kopfschmerz, der nicht in der Supraorbitalgegend localisirt bleibt, sondern über den Scheitel hin ausstrahlt und einen dumpfen, unerträglichen Charakter annimmt. Der Schmerz steigert sich gegen Abend und erreicht oft in der Nacht die Höhe der Intensität. Neben dem Kopfschmerz bestehen oft frühzeitig cerebrale Erscheinungen, Wirresein, Schwindel, Unlust zum Denken und nervöse Unruhe (jedenfalls Entzündung der Hinterwand der Stirnhöhle und dadurch Mitbetheiligung der Meningen an dieser Stelle). Charakteristisch ist ferner das frühzeitige Auftreten von periostalen und ostitischen circumscripten, teigigen Auftreibungen in der Gegend des Margo supraorbitalis oder der Vorderwand der Stirnhöhle. In der Nase findet sich verhältnissmässig wenig, mehr sanguinolentes oder grünes, krümeliges Secret. Oft bestehen auch typische luetische Veränderungen im Naseninnern oder in anderen Organen. Das Fieber ist gering oder nicht vorhanden. Bereits bei geringen Gaben von Jod tritt sofortige Besserung ein. Die antiluetische Therapie genügte in den 10 Fällen und eine operative Behandlung war nicht nothwendig.

OPPIKOFER.

48) **Gerber** (Königsberg). **Vergrössernder, anastigmatischer Nasenvorhofspiegel.** Mit 1 Abb. *Münchener med. Wochenschr. No. 37. 1912.*

Der ca. $1^1/_2$ mal vergrösserte Spiegel hat die Form eines abgestumpften Dreiecks, passt sich dem Vorhof gut an und ist auch in den tieferen Parthien der Nase zu benutzen. „Die Vergrösserung lässt die hier oft so kleinen Knötchen, Rhagaden, Haarwurzelveränderungen etc. sehr viel deutlicher erkennen.“ Der Spiegel wird von den Zeisswerken in Jena angefertigt.

HECHT.

c) Mundrachenhöhle.

49) **Terzaghi. Polymorphes Erythem der Mundschleimhaut. (Eritema polimorfo della mucosa buccale.)** *XIII. Versamml. der Ital. Gesellsch. für Dermatologie und Syphilisgraphie. December 1911.*

Auf der Zunge waren zahlreiche papulo-phyctänuläre Eruptionen zu sehen, einige concentrisch angeordnet, einige aus zwei Zonen bestehend, einer peripheren mit weisslicher Oberfläche und einer dunkleren centralen. Verf. giebt auch den mikroskopischen Befund eines exstirpirten Stückchens. Pat. hatte auch ein polymorphes papulöses Erythem des Gesichts und der oberen Extremitäten.

FINDER.

50) **Matthes** (Marburg). **Perniciöse Anämie mit Schleimhautveränderungen.** *Med. Klinik. No. 9. 1913.*

Drei Fälle von perniciöser Anämie wiesen jene Form von Glossitis auf, welche Hunter beschrieben hat. Die erkrankten Stellen der Zunge sahen aus wie Blasen, waren sehr druckempfindlich und zeigten histologisch ein verdünntes Epithel mit kleinzelliger Infiltration in der Tiefe.

SEIFERT.

51) **Gutmann** (Wiesbaden). **Das Verhalten der nichtsyphilitischen Spirochäten-erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle gegenüber dem Salvarsan.** *Dermatolog. Centralbl. 16. Jahrg. No. 5. 1913.*

Im Allgemeinen ist, wie die Beobachtungen von Gutmann zeigen, das Salvarsan ein sehr werthvolles Mittel gegen die nichtsyphilitischen Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle. Salvarsan wurde intravenös injicirt. SEIFERT.

52) **J. Almkvist** (Stockholm). **Weitere Untersuchungen über die Pathogenese der merkuriellen Colitis und Stomatitis.** *Dermat. Zeitschr. Bd. 19. H. 11. 1912.*

Auch die neuesten experimentellen Untersuchungen von Almkvist erweisen, dass seine früher dargelegten Anschauungen entgegen jener von Sabbatini zu Recht bestehen, nämlich dass eine Reihe von localen Umständen zusammen mit dem Quecksilber (nicht dieses allein) die pathologischen Veränderungen in der Mundhöhle (und im Dickdarm) verursachen. SEIFERT.

53) **M. Neustaeder. Pathologische Veränderungen der Rachenschleimhaut ein pathognomonisches Frühsymptom der Poliomyelitis. (Pathological changes of the pharyngeal mucosa an early symptom pathognomic of poliomyelitis.)** *The New York medical journal. 14. September 1912.*

Verf. hat bei 52 in den letzten zwei Jahren beobachteten Fällen stets Symptome von Seiten der Nase und des Rachens beobachtet. Sehr häufig begann die Krankheit mit Schnupfen. Die Pharynxschleimhaut sieht blass, glänzend, ödematös aus, mit einem schleimigen, serösen Transsudat. Diese Veränderung bleibt in der Mehrzahl der Fälle bestehen, auch einige Wochen nach Beginn der Lähmung. Verf. hält diesen Zustand der Schleimhaut für pathognomonisch für Poliomyelitis, so dass darauf der Praktiker die Frühdiagnose stellen kann. EMIL MAYER.

54) **T. Iwasaki. Ueber die Hyperkeratosis pharyngis.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryng. Bd. 18. H. 3. 1912.*

Histologische und bakteriologische Untersuchung von einem Fall, der einen 27jährigen Nichtraucher betraf. Man fand weisse Hornbildung auf der hinteren Pharynxwand, an den Tonsillen und am Zungengrunde. Nach Rauchen (täglich 10 Stück Cigarretten) wurden die Pfröpfe weniger, weicher und kleiner. Verf. glaubt mit Onodi, dass die chronische Entzündung des Muttergewebes die Wucherung und Verhornung des Schleimhautepithels hervorruft. KUBO.

55) **O. Levinstein** (Berlin). **Ueber eine neue „pathologische Tonsille" des menschlichen Schlundes, die „Tonsilla linguae lateralis" und ihre Erkrankung an Angina.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 3. 1912.*

Das Gebilde — an einem Fall beobachtet — sass am hinteren, vor und lateral von der Plica triangularis und dem oberen Gaumenbogen gelegenen Zungenrand und war durch chronische Reizzustände hervorgerufen. W. SOBERNHEIM.

56) **Bandois. Diagnostische Studie über chirurgische Erkrankungen der Zunge. (Etude diagnostique des affections chirurgicales de la langue.)** *Revue médicale de Louvain. No. 22. 1912.*

Verf. weist darauf hin, dass die Untersuchung der Zunge in sehr vielen Fällen höchst werthvolle diagnostische Aufschlüsse giebt. PARMENTIER.

57) **T. Nakamura** und **H. Uematsu. Ueber retropharyngeale und Zungengrund-struma.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryng. Bd. 18. H. 1. 1912.*

Nach übersichtlicher Beschreibung von Geschichte und Entstehungsmodus von Nebenschilddrüsen wurden 2 Fälle mitgetheilt. Der erste Fall, Zungengrundschilddrüse, betraf einen 31jährigen Mann ohne Veränderung der normalen Schilddrüse. Der Tumor sass in der Gegend vom Foramen coecum, war daumenspitzengross und wurde galvanokaustisch entfernt. Der zweite Fall, retropharyngeale Struma, betraf einen 33jährigen Mann, bei dem der kindesfaustgrosse Tumor aus der ganzen Pharynxwand heraussprang. Operation nicht vorgenommen. Die Verff. erklären die Entstehung durch Keimverirrung der Schilddrüse nach Cohnheim.

KUBO.

58) **Heino Harms. Ueber Lupus der Zunge und des Kehlkopfes.** *Zeitschr. für Laryng. Bd. 5. S. 1049. 1913.*

Mittheilung eines Falles von Lupus der Zunge und des Kehlkopfes bei einer 70 Jahre alten Wärterin, die auch an einem ausgedehnten Lupus des Gesichts litt. Farbige Abbildung des Präparates. OPPIKOFER.

59) **Silvio von Ruck. Tuberculose der Zunge. (Tuberculosis of the tongue.)** *The Laryngoscope. October 1912.*

Verf. berichtet über einen mit gutem Erfolg mittels wässerigen Extracts von Tuberkelbacillen behandelten Fall, EMIL MAYER.

60) **G. Bonzani. Ueber Jodbehandlung der Zungentuberculose. (Sulla cura iodica della tuberculosi della lingua.)** *Pensiero medico. No. III. 1912.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem die Diagnose auf Tuberculose der Zunge gestellt wurde und wo Heilung erzielt wurde durch allgemeine und locale Injectionen mit Jod-Jodkali. CALAMIDA.

61) **Klausner** (Prag). **Zungenkrebs als Folgezustand bei einem Fall von Epidermolysis bullosa (dystrophische Form).** *Arch. f. Dermat. Bd. 116. H. 1. 1913.*

Bei einem 25jährigen Mädchen mit Epidermolysis bullosa entwickelte sich ein Carcinom der Zunge. Verf. machte eine angeborene Ueberempfindlichkeit und Störung in der Anlage der Haut, bezw. des Epithels, die in anderen Fällen von Epidermolysis bullosa zu Schleimhautverdickungen oder zu Leukoplakia geführt hat, verantwortlich für die Entstehung des Zungencarcinoms. SEIFERT.

62) **Piffl** (Prag). **Der Waldeyer'sche Rachenring und der Organismus.** *Med. Klinik. No. 8. 1913.*

Eine Mandel soll man bei kleinen Kindern nicht sofort opfern, wo es nicht

wirklich nöthig ist, jedoch da, wo die behinderte Nasenathmung, die starke Neigung zu Entzündungen etc. entwickelungsstörend wirkt, ruhig die eine oder die andere Mandel abtragen oder wie bei den Gaumenmandeln theilweise durch Abkappung beseitigen. Bei grösseren Kindern und bei Erwachsenen ist auf die physiologische Function keine Rücksicht zu nehmen, vielmehr besteht die Pflicht, in allen Fällen, wo schwere Schädigungen des Organismus von den lymphatischen Halsorganen ausgehen, für die radicale Entfernung der schuldtragenden Theile zu sorgen.

SEIFERT.

63) **F. C. Pybus. Einige gewöhnliche Varietäten der Tonsillen und ihre Erkennung. (Some common varieties of tonsils and their recognition.)** *Practitioner. November 1912.*

Eine Classification der erkrankten Tonsillen nach ihrem anatomischen Typus. Verf. plaidirt für die vollständige Entfernung der Tonsillen in der Kapsel nach der Methode von Sluder.

JOHN WRIGHT.

64) **J. G. Wilson. Die Tonsillen im Kindesalter. (Tonsils in childhood.)** *American journal of diseases of children. Mai 1912.*

Aus seinen anatomischen, embryologischen und physiologischen Studien zieht Verf. den Schluss, dass die Tonsillen im Kindesalter sich functionell wesentlich unterscheiden von denen im späteren Alter. Er unterscheidet die Periode vor der Pubertät als die hoher functioneller Thätigkeit von der Periode nach der Pubertät mit abnehmender functioneller Thätigkeit. In letzterer stellt die Mandel nur einen Haufen von Lymphknoten dar, die zur Atrophie neigen. Daraus zieht Verf. die Folgerung, dass die Tonsillen, je jünger das Kind ist, desto conservativer behandelt werden sollen. Die bei Kindern so häufig vorhandene Hypertrophie der Tonsille braucht nicht nothwendig pathologisch zu sein, kann vielmehr als Zeichen der functionellen Thätigkeit aufgefasst werden. Indicationen für einen Eingriff bilden Behinderung der Athmung, häufige acute Entzündungen und chronische Toxämie. Verf. weist darauf hin, dass — trotz der Empfänglichkeit der Kinder für tuberculöse Infection und trotz der für eine solche Infection sehr geeigneten exponirten Lage der Tonsille — tuberculöse Erkrankungen der Tonsille sehr selten seien.

EMIL MAYER.

65) **H. Kaczynski. Haken zur Exstirpation der Mandeln.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 47. S. 84. 1913.*

Um die Mandel hervorziehen zu können, benutzt Verf. keine Zange, sondern sticht mittels eines Nadelhalters eine gebogene chirurgische Nadel, die an ihrer Spitze einen Widerhaken trägt, tief in das Mandelgewebe ein. Durch die Oese der Nadel läuft ein starker Faden, an dem die Tonsille hervorgezogen werden kann.

OPPIKOFER.

66) **C. C. Stephenson. Einige Ansichten betreffend die Chirurgie der Mandeln. (Some opinions concerning tonsil surgery.)** *California state journal of medicine. November 1912.*

Verf. räth, alle hypertrophischen Tonsillen, bei denen keine sonstige Erkrankung oder Complication vorliegt, zu entfernen; er warnt dagegen vor chirurgischer

Behandlung tuberculöser Tonsillen. Alle Tonsillektomien sollen nur in allgemeiner Narkose und im Krankenhaus vorgenommen werden. Verf. warnt vor der Anwendung der heissen Schlinge. EMIL MAYER.

67) **H. Marschik** (Wien). **Bemerkungen zur Tonsillectomie.** *Monatsschr. für Ohrenheilkde. Bd. 47. S. 80. 1913.*

Verf. erklärt und bildet ab 1. ein Raspatorium zur Ausschälung der Tonsillen und 2. einen Whitehead'schen Mundsperrer mit Vorrichtung zur Beleuchtung der Mundhöhle und zur Application der allgemeinen Anästhesie.

Im Anschluss an diese Mittheilung Besprechung des Verfahrens der Tonsillektomie, wie es auf der Klinik Chiari geübt wird. OPPIKOFER.

68) **Alberti** (Frankfurt a. M.). **Eine neue Tonsillenzange.** *Med. Klinik. No. 8. 1913.*

Neue Zange, um bei der Tonsillektomie das leichte Ausreissen des Gewebes beim Fassen, wie es mit den bisher gebräuchlichen Zangen und Pinzetten der Fall war, zu verhindern. SEIFERT.

69) **W. Stuart Low. Ein Tonsillenenucleator. (A tonsil enucleator.)** *Lancet. 19. October. 1912.*

Ein an beiden Enden zu brauchendes stumpfes Elevatorium; beide Enden sind verschieden gekrümmt. JOHN WRIGHT.

70) **Georg Paule Marquis. Noch eine Tonsillenzange. (An other tonsil forceps.)** *Journal american medical association. 1. Juni 1912.*

Die Zange hat den Vorzug, die Tonsillen sicher fest zu halten und zu erlauben, dass die Schlinge über den Handgriff geführt werden kann.

EMIL MAYER.

d) Diphtherie und Croup.

71) **J. D. Rolleston. Diphtherische Hemiplegie. (Diphtheritic hemiglegia.)** *The clinical journal. 9. April 1913.*

Von 9075 im Grove Fever Hospital vom August 1899 bis September 1912 aufgenommenen Diphtheriekranken waren 6 Fälle mit Hemiplegie. Alle Fälle waren im Anfang schwere und wurden mit grossen Antitoxindosen behandelt. Alle hatten starke und andauernde Albuminurie. In allen 6 Fällen, bis auf einen, in dem die Hemiplegie wahrscheinlich urämischen Ursprungs war, war eine ausgesprochene Herzaffection vorhanden, die zu der Annahme führte, dass die Hemiplegie auf Embolie zurückzuführen sei. Nur in einem Falle jedoch war es möglich, diese Annahme durch die Section zu bestätigen. FINDER.

72) **A. Strangmeyer** (Leipzig). **Ueber ein einfaches Instrument zur Entfernung diphtherischer Membranen.** *Münchener med. Wochenschr. No. 53. 1912.*

Zur Entfernung der nach Tracheotomie bisweilen unterhalb der Canüle sich bildenden stenosirenden Membranen fertigte sich Autor eine je dem Alter des Pat.

entsprechende Spirale aus Stahldraht (0,3 mm stark) in entsprechender Länge mit dichter Folge der Windungen und führte diese nach Entfernung der inneren durch die äussere Canüle ein, bis er auf den Membranwiderstand stiess. Dann wurde die Spirale unter leichtem Anfangsdruck etwas in die Membran hineingebohrt und wieder herausgezogen. Je nach der Consistenz der Membran und ihrem Haften an der Trachealwand konnte ein mehr oder weniger grosses Stück in der Spirale befindlich herausgezogen werden. Um zum Ziele zu kommen, ist bisweilen ein häufiges Eingehen und langdauernde Benutzung nöthig, doch gelang es auf diese Weise, manchen schon verloren geglaubten Fall zu retten. „Auch lasse man sich nicht durch jenes eigenthümliche Geräusch beirren, das häufig beim Herausziehen der Spirale entsteht und leicht eine Beschädigung der Trachea durch Anbohren und Zerreissen vortäuschen könnte, aber nur durch ihr Vibriren hervorgerufen ist." Eine Verletzung der Trachealwand ist bei der verdeckten Lage der Drahtspitze so gut wie ausgeschlossen. Mit entsprechend feiner Spirale kann man noch etwas über die Bifurcationsstelle hinausgehen.

Das Leipziger medicinische Warenhaus liefert Spiralen verschiedener Grösse und auch passende Halter.

HECHT.

73) **Ad. Schmidt** (Halle). **Chronische diphtherische Infection der Lungen.** Mit 1 Curve. *Münchener med. Wochenschr. No. 1. 1913.*

Mittheilung der Krankengeschichte einer 62jährigen Dame, in deren Sputum sich „constant eine Reincultur von Diphtheriebacillen" vorfand, während der Tonsillenabstrich frei davon war. Die Ausgangsinfection lag wahrscheinlich 10 Jahre zurück. Die Diphtheriebacillen erwiesen sich im Thierversuch als avirulent; eine Uebertragung der Diphtherie von der Patientin auf ihre Umgebung fand — soweit sich feststellen liess — nie statt.

HECHT.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

74) **Sack** (Moskau). **Ein Fall von Laryngitis gummosa geheilt mit 606.** *Russische Zeitschr. f. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. 1911.*

Es handelt sich um ein 10jähriges Mädchen, das seit mehreren Monaten an völliger Aphonie und erschwerter Respiration leidet. Es fanden sich narbige Verwachsungen der hinteren Gaumenbögen mit der Pharynxwand, starke Röthung und Schwellung des Larynxeinganges, in demselben reichliches schleimig-eitriges Secret, Epiglottis stark verdickt, am Rande ulcerirt; ary-epiglottische Falten und Aryknorpel geschwollen. Innere Organe gesund; keine Tuberkelbacillen. Wassermann ++++. Injection von 0,2 g Salvarsan. Danach Gewichtszunahme, Freiwerden der Athmung. Eine 4 Wochen später vorgenommene laryngoskopische Untersuchung ergiebt, dass die Röthung und Schwellung des Kehlkopfes verschwunden sind, an Stelle des Ulcus eine Narbe, Stimmbänder normal und frei beweglich.

SCHNEIDER (Moskau).

75) **Laurent** und **Nathan** (Paris). **Leukoplakie des Kehlkopfs. (Leucoplacie laryngée.)** *Société anatomique. 3. November 1911.*

Es bestand auf beiden Stimmbändern eine Leukoplakie. An einer Stelle der-

selben entwickelte sich eine Neubildung. Pat. starb zwei Jahre später an Kehlkopfkrebs.

GONTIER DE LA ROCHE.

76) **Merian** (Zürich). **Positiver Leprabacillenbefund in den Fäces bei an leprösen Schleimhautveränderungen des Kehlkopfes leidenden Patienten.** *Dermatol. Wochenschr. No. 10. 1913.*

Von den 3 Fällen der Züricher medicinischen Klinik (Junge von 14 Jahren, Mädchen von 20 Jahren, älterer Mann) litten zwei an ulceröser Lepra der Nasen-Mund-Rachen- und Kehlkopfschleimhaut. In diesen Fällen gelang der Nachweis von Leprabacillen in den Fäces.

SEIFERT.

77) **R. Steiner** (Prag). **Zur Kenntniss des isolirten Pemphigus des Kehlkopfes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 47. S. 350. 1913.*

Mittheilung eines Falles von chronischem Pemphigus der Mundhöhle und des Kehlkopfes ohne Mitbetheiligung der Haut bei 54 Jahre alter Frau, die seit $2^1/_2$ Jahren neben Störungen des Allgemeinbefindens oft an Anfällen von Athemnoth, Fremdkörpergefühl und Brennen im Halse, Schluckbeschwerden litt. Da der isolirte chronische Kehlkopfpemphigus, namentlich wenn Blasen nicht zur Beobachtung kommen, leicht mit einer anderen Schleimhauterkrankung verwechselt werden kann, so wird die Differentialdiagnose eingehend besprochen.

OPPIKOFER.

78) **R. Steiner. Chronischer Pemphigus des Kehlkopfes.** Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom 13. December 1912.

Der Vortragende stellt eine 54jährige Frau aus dem laryngologischen Universitätsinstitute vor, mit isolirtem, chronischem Schleimhautpemphigus des Kehlkopfes; dieselbe leidet seit mehr als 2 Jahren an häufigen, vorübergehenden Erstickungsanfällen, sowie Schluckbeschwerden und damit stets verbundenen Störungen des Allgemeinbefindens.

Die Patientin weiss nichts von einer Blasenentwicklung an irgend einer Körperstelle der äusseren Haut und Schleimhäute, dagegen bemerkt sie seit zwei Jahren während dieser Anfälle das Auswerfen grösserer, weisslicher, membranähnlicher Gewebsstückchen; auch hat sie einmal unter starkem Brennen der Schleimhaut des Mundes an der Schleimhaut der Wangen und am weichen Gaumen „grössere und kleinere weisse Flecke“ selbst gesehen. Niemals Fiebererscheinung, keine Zeichen von Lues. Die inneren Organe sind bei der bis dahin gesunden Frau normal.

Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt am freien Rande der gerötheten und verdickten Epiglottis und deren laryngealen Fläche dissimenirte Bläschenbildung, ferner zum Theil miteinander confluirende grauweisse membranöse Auflagerungen; an einer Stelle zeigte der freie Rand deutlich narbige Schrumpfung. Auch auf der lingualen Fläche der Epiglottis und der benachbarten Schleimhaut des Zungenbodens waren solche seichte weissliche membranähnliche Geschwürsflächen zu sehen.

Nach gründlicher Erörterung der Symptomatologie dieses Falles und seiner differentialdiagnostischen Bedeutung werden einige in der Literatur bekannte ähnliche Fälle citirt, welche durch die für die Diagnose des isolirten chronischen Schleimhautpemphigus der oberen Luftwege charakteristischen Symptome mit dem eben geschilderten eine ganz bestimmte, abgeschlossene, in Verlauf und Localisation identische Krankheitsgruppe ergeben, deren Prognose im allgemeinen minder ungünstig als sonst aufzufassen ist. Autoreferat.

79) **E. Oppikofer. Ueber die Kehlkopftuberculose.** *Schweizerische Rundschau f. Medicin. 21. December 1912.*

Fortbildungsvortrag mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. Bei aller Objectivität, deren sich Verf. bei Beurtheilung der verschiedenen therapeutischen Methoden befleissigt, scheint er doch besondere Vorliebe für die Galvanokaustik zu hegen. FINDER.

80) **Guy McFall. Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of the larynx.)** *Journal Michigan state society. 1912.*

Verf. bevorzugt locale Application von 3—5proc. Formalinlösung.

EMIL MAYER.

81) **J. Franceschi. Ein Fall von primärer Larynxtuberculose. (Un caso di tuberculosi primaria della laringe.)** *La Clinica chirurgica. Januar 1912.*

Auf Grund seiner hier mitgetheilten Beobachtung ist Verf. der Ansicht, dass bei primärer Larynxtuberculose der vegetirenden, neoplastischen Form, wenn keine Lungenerkrankung besteht, das einzig rationelle therapeutische Mittel die Totalexstirpation des Larynx sei. CALAMIDA.

82) **E. Baumgarten** (Budapest). **Kehlkopftuberculose und künstlicher Abortus.** *Budapesti orvosi hetilap. No. 1. 1912.*

In Fällen von Kehlkopftuberculose soll, wenn Schwangerschaft eintritt und der Zustand der Lungen sich in den ersten 2—3 Monaten verschlimmert, die künstliche Frühgeburt stets eingeleitet werden, ausgenommen in Fällen, wo die Prognose absolut ungünstig ist. POLYAK.

83) **V. Ohnmacht** (Wien). **Beitrag zur Jodtherapie tuberculöser Ulcerationen im Kehlkopf und Rachen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 47. S. 296. 1913.*

Verf. hat bei 30 Fällen von Kehlkopftuberculose Ulsanin (Hydrojodoborat) local mit Hilfe des Wattepinsels oder der Insufflation angewandt und beobachtete bei etwa der Hälfte der Fälle eine günstige Wirkung des Mittels. Das Ulsanin kommt als schwach gelbliches Pulver in verschlossenen Glasröhrchen in den Handel; schon bei geringer Feuchtigkeit entwickelt sich aus dem Präparate unter intensiver Braunfärbung und Bildung weisslichen Schaumes Jod und Oxygen in statu nascendi. OPPIKOFER.

84) **Wolff Freudenthal. Prognose und Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Prognosis and treatment of tuberculosis of the larynx.)** *The Laryngoscope. Juli 1912.*

Verf. rühmt die Anwendung der Hochfrequenz; er erläutert ihre Anwendung an einem Fall. Irgend ein Handgriff wird an den Hochfrequenzstrom angeschlossen, an den Handgriff wird ein Draht befestigt, der mit Hart- oder Weichgummi überzogen ist und sich je nach dem Larynx zurechtbiegen lässt. Der Strom wird erst in dem Moment angedreht, wenn der Brenner in situ ist. Man muss den Funken im Larynx sehen. Jede Sitzung besteht aus mehreren einige Secunden dauernden Applicationen. Wenn der Patient würgt oder den Kehlkopf zusammenzieht, muss die Application unterbrochen werden. Die Vortheile der Methode sind: Es ist eine milde kaustische Wirkung, durch die das Ulcus (oder das Infiltrat) zerstört wird. Man braucht nicht so vorsichtig wie bei der Galvanokaustik darauf bedacht zu sein, nur einen bestimmten Punkt zu treffen; obwohl Verf. die Funken stets direct gegen die erkrankte Stelle richtete, bemerkte er doch stets, dass sie über den ganzen Larynx sprühen. Als ferneren Vortheil rühmt Verf. die antiseptische Wirkung des durch den Strom erzeugten Ozons. Ferner ist die Anwendungsweise sehr leicht; es besteht keine Gefahr eines nachfolgenden Larynxödems, wie gelegentlich nach Galvanokaustik. Die Reaction ist stets sehr geringfügig.

EMIL MAYER.

85) **G. Killian** (Berlin). **Ueber die [Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 13. 1912.*

In den meisten Fällen wird Tuberculose im Kindesalter erworben. Der erste Krankheitsherd sitzt gewöhnlich in einer Lymphdrüse. Die von hier in die Circulation andauernd übergehenden Gifte verleihen dem Organismus eine gewisse Immunität, die aber durch ungünstige Umstände (verkehrte Lebensweise, mangelhafte Ernährung, Schwangerschaft, schwächende Krankheiten) derart vermindert werden kann, dass eine Ausbreitung der Tuberculose stattfindet. Dabei werden vorzüglich die Lungenspitzen befallen. Wird die anfänglich geschlossene Tuberculose der Lungenspitzen zu einer offenen, dann kommt es zu einer Infection der Luftwege, am häufigsten des Kehlkopfes. Die Kehlkopftuberculose ist also die dritte Stufe der Tuberculoseerkrankung überhaupt. — Nicht jeder Schwindsüchtige, dessen Stimme heiser klingt, leidet an Kehlkopftuberculose. Es kann ein einfacher Katarrh, eine hysterische Aphonie vorhanden sein, die Tuberculose des Kehlkopfes kann spontan oder durch ärztliche Behandlung ausgeheilt sein. Nur sorgfältige Untersuchung unter Benutzung aller Hilfsmittel (Reichert'scher Haken, Brüningsscher Vergrösserungsspiegel, directe Laryngoskopie) verhilft hier zur Wahrheit.

Der zunächst latente Tuberculoseherd wird durch Infiltration der Umgebung manifest, er wird grösser und prominent, zeigt Veränderungen des Epithels (besonders an den Stimmlippen und an der Hinterwand). In diesem Stadium kann Heilung ohne locale Behandlung, lediglich durch zweckmässige Heilstättentherapie, erzielt werden. Ja, auch bei weiter vorgeschrittener Infiltration kann diese hinreichen, wenn sie durch die Schweigecur unterstützt wird. Hier kann auch die Lichtbehandlung nützen, vielleicht mehr durch psychische als durch somatische Einwirkung. Die Röntgenbehandlung steckt noch in den Kinder-

schuhen. — Zerfallen die Infiltrate, so ist energischere locale Behandlung am Platze (Einblasung von Pulvern, besondern von Jodoform; Milchsäureätzung, Curettement, galvanocaustische Stichelung). Gegen ausgedehnte Infiltrationen ist der galvanokaustische Tiefenstich (Grünwald) ein vorzügliches Verfahren. Killian begnügt sich im Gegensatz zu Siebenmann in jeder Sitzung mit 2—3 Einstichen, die nach etwa 2 Wochen wiederholt werden. Ausgedehnte Ulcerationen werden curettirt, wenn nöthig mit der Doppelcurette.

Bei den schlimmsten Formen (der Panlaryngitis tuberculosa) muss man sich mit einer symptomatischen Behandlung begnügen (Aufblasen von Orthoform, Stauung, Alkoholinjectionen in den N. laryngeus sup. — [Hoffmann], Durchschneidung der Laryngei supp. — [Avellis]).

Besondere Maassregeln erfordert die hämatogen entstandene Osteomyelitis und Periostitis tuberculosa des Schild- und Ringknorpels, die häufig zu Sequesterbildung führten. Hier muss man von aussen an die Herde vordringen. — Bei Stenose ist zu tracheotomiren, obgleich die Kehlkopfphthisiker im Allgemeinen die Tracheotomie schlecht vertragen. Die Indication für Laryngofissur und Exstirpation des Kehlkopfes werden vielleicht durch Ausbildung der Schwebelaryngoskopie eingeschränkt werden, die heroische Eingriffe per vias naturales erlaubt. — Grosses Gewicht legt Verf. auf Herstellung einer freien Nasenathmung und auf Behandlung anderweiter Erkrankungen (Nephritis, Diabetes, Lues). — Dass viele Lungenheilstätten Kehlkopftuberculöse ausschliessen, ist verkehrt. Hierin muss Wandel geschaffen werden. ZARNIKO.

86) **C. C. Sandels. Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Treatment of tuberculosis of the larynx.)** *Pennsylvania medical journal. Juni 1912.*

Verf. empfiehlt in erster Linie Ruhestellung des Larynx durch rigoroses Schweigeverbot; ferner Fürsorge für Nase, Nasenrachen und Pharynx. Nekrotisches Gewebe soll entfernt und local eine 1 proc. Lösung von Paramonochlorphenol applicirt werden. Verf. rät, Galvanokaustik und Curettage, aber auch sogar die Application von Milchsäure und Formalin, stets unter directer Laryngoskopie zu machen. EMIL MAYER (L. JACOBS).

87) **G. Shimodaira. Anwendung von Calciumsalz und Rosenbach's Neutuberkulin bei Kehlkopftuberculose.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryng. Bd. 18. H. 3. 1912.*

Tuberculin wurde von 0,1 allmählich steigend (0,1 alle 2 Tage) bis 40,0 injicirt. Wasserfreies Chlorcalcium wurde 1,5 täglich innerlich gegeben oder in 1 proc. Lösung inhalirt. Versuch bei 10 Fällen blieb erfolglos. KUBO.

88) **L. Lubliner. Ueber Behandlung der Lungen- und Kehlkopftuberculose mittelst subcutaner Sauerstoffinjection. (O leczenio gruzlicy ptue i krtani za pomoces wprowadzenia thenu pod skores.)** *Medycyna. No. 41. 1912.*

Verf. wandte die Methode Bayeux' in 18 Fällen von Lungen- und Kehlkopftuberculose an, von diesen erfolgte bei 8 Kranken eine erhebliche Besserung und es schwanden die am meisten belästigenden Erscheinungen. SOKOLOWSKI.

89) **Silvio von Ruck. Die Prognose der Kehlkopftuberculose. (The prognosis of tuberculosis of the larynx.)** *New York medical journal. 17. August 1912.*

Auf Grund seiner Erfahrungen kommt Verf. zu dem Schluss, dass die Prognose der Larynxtuberculose in ihren Frühstadien nicht schlechter ist als die der Lungenerkrankung.

EMIL MAYER.

90) **Nils Arnoldson** (Stockholm). **Zur chirurgischen Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 1. 1913.*

Diese Arbeit stellt einen Auszug der Originalarbeit: „Studien über die Kehlkopftuberculose mit besonderer Berücksichtigung der chirurgischen Behandlung derselben", veröffentlicht in der „Oto-laryngologiska Meddelanden", dar.

Verf. hat an einem grossen Material reiche Erfahrungen gesammelt, die, soweit die chirurgische Seite in Betracht kommt, hier zusammenfassend mitgetheilt werden; ein relativ kleiner Theil der operirten Fälle (über 30) giebt dem Leser ein schönes Bild der endolaryngeal-operativen Möglichkeiten.

Das unmittelbare Resultat ist nach den Excisionen (diesen Terminus schlägt Verf. an Stelle der „Curettage" vor) oft ein auffallend gutes gewesen, so dass in einem grossen Procentsatz eine scheinbare Heilung geradezu eintrat, die leider oft durch das Spätresultat nicht bestätigt wurde.

Neben örtlichen Recidiven treten auch makroskopisch sichtbar später neue Herde auf.

Die Excision ist sicher durch die fast momentane Besserung der Caustik, die durch stärkere Reaction eine zeitweilige Verschlimmerung bedingt, überlegen. Die Excision wurde in 15 Fällen mit Flächencaustik combinirt, ohne dass hierdurch ein bemerkenswerther Vortheil erzielt werden konnte.

Die Spätresultate, die als „nicht besonders glänzend" bezeichnet werden, sind nach den Erfahrungen des Verf.'s keineswegs schlechter als die durch die verschiedenen Formen der Caustik erzielten. Einen grossen Spielraum nimmt die Darlegung der Indicationsstellung und Contraindication für die verschiedenen Erkrankungsformen an den verschiedenen Theilen des Larynx in Anspruch. Was die Amputation der Epiglottis anbetrifft, so hat sich in 42 Fällen eine eklatante Verbesserung gezeigt, sodass diese bei allen wahrscheinlich auf Epiglottiserkrankung beruhenden Fällen der Dysphagie vorgenommen werden sollte, ohne Rücksicht auf den sonstigen Kehlkopfbefund, den Zustand der Lungen, und in gewissem Grade auch den Allgemeinzustand (!). Nur bei ausgebreiteter Pharynxtuberculose sollte die Amputation der Pars libera nicht vorgenommen werden.

In Bezug auf die Excision an tuberculösen Stimmlippen mit der Doppelcurette werden folgende Ansprüche gestellt: Das Infiltrat muss begrenzt (polypenartig) sein, oder darf auch die ganze Stimmlippe betreffen, wenn nur der Aryknorpel beweglich ist und sonst keine schweren Veränderungen vorhanden sind. Infiltrationen der subchordalen Schleimhaut in grosser Ausdehnung bedingen stricte Contraindication.

Der zweite Theil der Arbeit giebt eine Uebersicht über die extralaryngealen Operationen nebst casuistischen Beiträgen. (Laryngofissur und Totalexstirpation des Larynx).

W. SOBERNHEIM.

91) **V. Hinsberg. Zur Beseitigung der Schluckbeschwerden bei Larynxerkrankungen.** Aus der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten in Breslau. *Münchener med. Wochenschr. No. 53. 1912.*

Nach Besprechung etwaiger causaler, intralaryngealer Therapie, der Hoffmann'schen Alkoholinjection in den N. laryngeus super. sowie der gleichfalls von Hoffmann angegebenen Aspiration von Orthoform oder Anästhesin in den erkrankten Larynx empfiehlt Verf. als einfache und meist gut wirkende Methode, den Patienten etwa 0,3—0,4 g Anästhesin oder Orthoform trocken auf die Zunge schütten und trocken schlucken zu lassen, ohne dass er hinterher trinke. Das Medicament lagert sich dann, wie man im Kehlkopfspiegel feststellen kann, meist an der Stelle des Hindernisses, das in der übergrossen Mehrzahl der Fälle durch Infiltrate oder Ulcerationen am Larynxeingang — also an Epiglottis, Aryknorpeln und den aryepiglottischen Falten — gegeben ist, ab. Schon nach wenigen Minuten tritt meist eine so vollkommene Anästhesie ein, dass der Pat. ohne Beschwerden schlucken kann. Die Nebenerscheinungen, erst leichtes Brennen, dann etwas pelziges Gefühl auf der Zunge, sind belanglos. Liegt die schmerzende Stelle im Kehlkopfinnern, dann versagt natürlich diese Methode. In der angegebenen Dosis kann das Mittel täglich 3—4 mal mehrere Wochen ohne schädliche Nebenwirkungen gegeben werden. Ein Nachlassen der anästhesirenden Wirkung durch Gewöhnung wurde nur selten festgestellt. Auch bei schmerzhaften Anginen, peritonsillären Abscessen, sowie nach Mandeloperationen brachte dieses „Schluckpulver“ häufig eine wesentliche Erleichterung. HECHT.

92) **Grivot. Behandlung der Dysphagie der Tuberculösen mittels Einspritzung von anästhetischen Mitteln oder Neurotomie des oberen Kehlkopfnerven. (Traitement de la dysphagie des tuberculeux par les injections anesthésiantes du nerf laryngé supérieur ou par sa résection.)** *Paris médical. No. 9. 1913.*

Zusammenstellung der in Frankreich erschienenen Arbeiten über den Gegenstand. Neu ist eine persönliche Mittheilung Sombard's über die Resultate, die derselbe auf seiner Abtheilung erzielt hat. 73 Patienten wurden mit Einspritzungen behandelt, von denen 44 gebessert worden sind und 29 unverändert geblieben sind. Mit den Anaestheticis hielt sich die Schmerzlosigkeit von einigen Stunden bis zu einigen Tagen, mit dem Alkohol von 2 bis zu 45 Tagen. Die Neurotomie ist in Frankreich zuerst von Chalier und Bonnet angegeben und wahrscheinlich von Moure zuerst ausgeführt worden. Eine verbesserte Technik ist letzthin von Liebault und Celles angegeben worden (s. folgendes Referat). LAUTMANN.

93) **Liebault** et **Celles. Der obere Kehlkopfnerv und seine Durchschneidung. Anatomie und operative Technik. (Le nerf laryngé supérieur et sa névrotomie.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 51 et 52. 1912.*

Die Autoren geben eine sehr ausführliche anatomische Studie über die Anatomie der oberen Kehlkopfnerven, namentlich in topographischer Beziehung. Im Gegensatz zu bekannten Angaben fanden die Autoren, dass der N. laryngeus sup. sich nicht unter dem M. thyreo-hyoideus versteckt und daher in dem von den Autoren beschriebenen hyo-thyro-laryngo-pharyngealen Viereck gefunden werden

kann. Im Gegensatz zu Challier und Bonnet (s. vorhergehendes Referat) rathen die Autoren nicht, den M. thyro-hyoideus als Leitlinie zu nehmen, schon deshalb nicht, weil die transversale Schnittführung, wie sie die genannten Autoren empfehlen, in dieser Gegend gefährlich ist. Verff. schlagen vor, dieselbe Incision zu machen, wie zur Auffindung der Carotis externa; hat man diese, so sucht man sich die obere Schilddrüsenarterie auf. Von dieser geht die A. laryngea sup. ab und diese führt uns in das obengenannte Viereck, wo der Nerv unschwer zu finden ist. Eine Reihe von Abbildungen erläutern den Text. LAUTMANN.

94) **Pavesi** und **Curti. Zur Localanästhesie mit Alkoholinjectionen bei Larynxphthise. (Contributo alla anestesia locale nella tisi laringea per mezzo delle iniezioni di alcool.)** *Gazz. ospedali e cliniche. No. 65. 1912.*

Der Injection von 85 proc. auf 45—50° erwärmtem Alkohol lassen Verff. eine Stovaininjection vorausgehen. Die Anästhesie dauert von 1—4 Tage lang an. Locale Veränderungen im Larynxbefund treten nicht ein. CALAMIDA.

95) **F. Bertran y Castillo. Behandlung der Dysphagie der Tuberculösen mittels Alkoholinjection. (Traitement de la dysphagie de la laryngite tuberculeuse par les injections d'alcool.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXV. No. 1.*

Uebersetzung des Vortrages, gehalten auf dem Congress in Bilbao 1912.

LAUTMANN.

96) **Challer, Bonnet, Gignoux** (Lyon). **Resection des Nervus laryngeus superior. (Résection du nerf laryngé supérieur.)** *Lyon médical. 22. December 1912.*

Verff. machen darauf aufmerksam, welche guten Resultate man von einer Resection des inneren Astes des N. laryngeus superior bei Dysphagie in Folge Tuberculose oder Tumorbildung des Larynx erwarten könne. Sie haben diesen Eingriff in einem Fall von Kehlkopfcarcinom gemacht. Die Dysphagie wurde geringer, verschwand aber nicht ganz, was Verff. darauf zurückführen, dass die Neubildung sich über die Grenzen des Larynx hinaus ausbreitete.

GONTIER DE LA ROCHE.

97) **Alexandre** (Hauteville). **Dysphagie und Anästhesie der oberen Kehlkopfnerven. (Dysphagie douloureuse et anesthésie du laryngé supérieur.)** *Lyon médical. 22. September 1912.*

Verf. berichtet über drei Fälle. Er bedient sich einer 1 proc. Stovainlösung, von der er auf jeder Seite $^1/_2$ ccm injicirt. GONTIER DE LA ROCHE.

98) **S. Chiba. Ueber die aphthöse Geschwürsbildung in der Trachea und dem Kehlkopfe bei tuberculösen Phthisikern.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryng. Bd. 18. H. 2. 1912.*

Durch mikroskopische Untersuchungen von 6 Fällen kommt Verf. zu den Schlussfolgerungen, dass eine aphthöse Geschwürsbildung in der Trachea und dem Kehlkopfe bei Phthisikern vorkommen kann, wie Mackenzie behauptet, dass

solche Geschwüre durch Streptokokken hervorgerufen werden, welche im Sputum oder in der Caverne enthalten sind, und dass sie sich secundär tuberculös verändern können. Aber eine hämatogene oder lymphogene primäre tuberculöse Geschwürbildung ist nicht ausgeschlossen.

KUBO.

99) **A. Denker** (Halle). **Ueber bronchoskopisch diagnosticirte Tracheobronchial- und Lungensyphilis.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 1. 1912.*

Bei einem 30jährigen Kranken mit luetischen Antecedentien, der mit starken Stenosebeschwerden in die Hallesche Klinik kam, fand man neben einer Velumperforation und strahligen Narben im Rachen zahlreiche syphilitische Geschwüre in der subglottischen Gegend, in der Trachea und den Hauptbronchien. Wassermann positiv. Besserung nach 0,6 Salvarsan intramusculär. Bald danach aber Pneumonie und Pleuritis. Exitus. Die Obduction bestätigte die klinische Diagnose.

Die Bronchoskopie hat sich in diesem Falle zur Unterscheidung der luetischen von einer durch die sonstige klinische Untersuchung schwer auszuschliessenden tuberculösen Erkrankung vortrefflich bewährt und wird in ähnlichen Fällen stets herangezogen werden müssen.

ZARNIKO.

100) **D'Oelnitz** (Nizza). **Sterno-vertebrale Transsonanz, ein Zeichen von Schwellung der Tracheo-Bronchialdrüsen. (Transsonance sterno-vertébrale signe d'adenopathie trachéebronchique.)** *Société de l'internat. des hôpitaux. 27. Juni 1912.*

Normalerweise hört man, wenn man das Ohr in der Gegend des Dornfortsatzes des 7. Halswirbels oder des 1. Brustwirbels auflegt und gleichzeitig das Sternum percutirt, nur ein fernes dumpfes Geräusch. Bei Schwellung der Tracheobronchialdrüsen ist der Ton höher, scheint näher und hat vor allem einen eigenthümlichen hellen Klang.

GONTIER DE LA ROCHE.

f) Schilddrüse.

101) **De Quervain** (Basel). **Zur Technik der Kropfoperationen.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 116. 1912.*

Von ausschliesslich chirurgischem Interesse. Verf. tritt für die präliminare Unterbindung der Thyreoidea inferior ein, um blutlos operiren zu können.

SEIFERT.

102) **Demmer** (Wien). **Klinische Studien über Kropfoperationen nach 600 Fällen.** *Med. Klinik. No. 48—51. 1912.*

Bericht über die Narkose resp. Localanästhesie, über den Operationsmodus und den Erfolg. Ueber die klinischen Erscheinungen der Struma, über Morbus Basedow und über die Ausfallserscheinungen der Schilddrüsenfunction finden sich entsprechende Bemerkungen.

SEIFERT.

103) **Grober. Ueber Selbstheilung von Basedow'scher Krankheit.** Mit 2 Abb. Aus der med. Univ.-Klinik in Jena. *Münchener med. Wochenschr. No. 1. 1913.*

Ausführlicher Krankenbericht einer 28jährigen Patientin, bei der die Er-

scheinungen der Basedow'schen Krankheit verhältnissmässig rasch entstanden waren und — ohne weitere Behandlung — im Verlauf von 4—6 Jahren so gut wie verschwanden, und zwar correspondirend mit dem Auftreten und Fortschreiten eines Lungenleidens, das Autor als langsam fortschreitende Tuberculose mit Bildung von Hohlräumen grösseren Umfanges, vielleicht auch solchen rein bronchiektatischen Charakters ansprach. Als Ursache für das Abklingen der nervösen Basedowerscheinungen dürfte vielleicht an „die Bildung von chemisch wirksamen Körpern zu denken sein, die die Secrete der Basedowschilddrüse in ihrer Wirkung compensiren". Daneben kommen auch organisch regressive Veränderungen in der Struma in Betracht.

HECHT.

104) **J. Sendziak** (Warschau). **Der günstige Einfluss von Operationen an Nase und Rachen auf Exophthalmus und Hypertrophie der Schilddrüse. (The favourable influence of pharyngo-rhinological operations on exophthalmos and hypertrephy of the thyroid gland.)** *Journ. of laryng., rhinol. and otol. Aug. 1912.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die in der Literatur verzeichneten Fälle, in denen Operationen in Nase oder Pharynx, wie Cauterisation der Muscheln, Entfernung von Polypen oder Tonsillen eine Besserung oder Heilung der Basedowsymptome herbeigeführt haben. Dieses Resultat wird durch eine Wirkung auf die sympathischen Nervenfasern erklärt. Ferner berichtet Verf. über 5 eigene Fälle.

Fall 1: 36jährige Frau, mit allen Symptomen des Basedow, die nach einer Cauterisation beider unteren Muscheln verschwanden.

Fall 2. 26jährige Frau, mit seit 2 Jahren bestehenden Basedowsymptomen, die alle verschwanden, nachdem ein chronischer Katarrh der Nase und des Nasenrachens mittels Vibrationsmassage behandelt war.

Fall 3. 45jährige Frau, geheilt durch Vibrationsmassage einer chronischen atrophischen Pharyngitis und Rhinitis.

In den drei übrigen Fällen war bei Knaben ausgesprochener Exophthalmus mit Adenoiden combinirt. Nach Entfernung der Adenoiden wurde der Exophthalmus sofort geringer und verschwand in ein paar Tagen.

In anderen Fällen wurde seit $1^1/_2$—2 Jahren die Dauer der Heilung constatirt.

JOHN WRIGHT.

g) Oesophagus.

105) **Guisez. Diagnose und Behandlung der narbigen Verengorungen der Speiseröhre. (Diagnostic et traitement des rétrécissements cicatriciels de l'oesophage.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryng. Tome XV. 1912 und Tome XVI. No. 1. 1913.*

Die vorliegende ausführliche Abhandlung ist der Bericht, den Verf. für den französischen Chirurgencongress von 1912 auszuarbeiten hatte. Er bespricht zuerst die Diagnose dieser Stenosen, wobei er sich bloss auf seine eigenen Fälle von 90 Stenosen zu stützen braucht, um auf reicher Erfahrung zu basiren. Diese 90 Fälle entfallen auf 1200 Patienten, die Verf. zwecks ösophagoskopischer Untersuchung zugeführt worden sind. Auf 900 Stenosen wegen Krebs entfallen 90 Ste-

nosen aus anderen Gründen. Diese Aetiologie wird vom Verf. des genaueren ausgeführt, wobei die Stenosen nach sogenanntem Spasmus des Oesophagus beschrieben werden. Den Specialisten ist das alles aus den vorhergehenden Veröffentlichungen des Verf. bekannt. Für die Therapie ist natürlich die Oesophagoskopie von grosser Bedeutung. Sie gestattet allein die praktisch wichtige Eintheilung der Stenosen zu machen, in solche, die dilatirbar sind und solche, bei denen jede Dilatationsbehandlung unmöglich ist. Ist die Stenose nicht dilatirbar, so muss entweder die interne Oesophagotomie ausgeführt werden oder besser die circuläre Electrolyse. Diese beiden Proceduren, sowie überhaupt jede therapeutische Manipulation, wie die Bougirung etc., werden von Verf. sehr genau beschrieben. Ist die Stenose vollständig undurchgängig auch für die Bougie filiforme, so treten die verschiedenen grosschirurgischen Proceduren, wie der retrograde Catheterismus nach vorhergehender Gastrotomie, die verschiedenen Formen der Oesophagotomie in ihre Rechte. Diese letzteren Proceduren, als den Chirurgen wohlbekannt, sind natürlich nicht mit grossem technischen Detail beschrieben. Für den Laryngologen übrigens haben sie ja ohnehin weniger Bedeutung.

LAUTMANN.

106) **Jacques. Die Dauersonde in der Behandlung der narbigen Stenose der Speiseröhre. (Le bougirage à demeure dans les rétrécissements cicatriciels de l'oesophage.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 12. 1912.*

Die Oesophagusstenosen, wenn sie nur eine haardünne Sonde aufnehmen können, dehnen sich, wenn diese Sonde in situ belassen wird, unter dem leichten Drucke derart aus, dass dann später mit den gewöhnlichen Dilatationsmethoden fortgefahren werden kann. Die Methode der Dauersonde ist den Urologen bekannt. Verf. wendet diese Methode seit 1908 an.

LAUTMANN.

107) **Marschik** (Wien). **Zur Behandlung der Narbenstenosen des Oesephagus mit besonderer Berücksichtigung der Oesophagotomia interna.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 47. S. 279. 1913.*

An der Klinik Chiari wurde seit 1910 bei 11 Fällen von Oesophagusstenose die innere Oesophagotomie im Oesophagoskop vorgenommen. Meist handelte es sich um Laugenverätzungen. Benutzt wurde das von Lerche angegebene Messer, das auf Seite 283 abgebildet wird. Bei rein circulärer Strictur wurden 4 Incisionen in Kreuzform angelegt und bei excentrischen Stenosen Incision nur an der stärker vernarbten Wand. Sind mehrere Stenosen vorhanden, so wird in der ersten Sitzung (bei Individuen unter 15 Jahren in Narkose) nur die oberste Stenose incidirt. Nach Vergrösserung des jeweiligen Durchmessers um ca. 5—8 mm im Oesophagoskop Einlegen einer conischen sterilisirten Sonde während 15 Minuten. Nachbehandlung: Ruhigstellung der Wunde während einer Woche und dann progressive Dilatation. Wiederholung der Incision, wenn nöthig, frühestens 10 Wochen nach der ersten Sitzung.

Bei 2 der 11 Fälle war das Resultat erfolglos, bei den übrigen 9 wirkte die Oesophagotomia interna sehr günstig. Bei 3 Fällen traten im Anschluss an die Oesophagotomie deutliche Erscheinungen von Perioesophagitis auf, ohne aber zu Mediastinitis und zu einem unglücklichen Ausgang zu führen.

Verf. will, da die Fälle noch in Behandlung stehen, kein abschliessendes Urtheil abgeben; nach dem jetzigen Erfolg möchte er aber doch die innere Oesophagotomie unter Leitung des Auges als relativ ungefährliche Hilfsoperation der progressiven Dilatation betrachten, die in der langwierigen conservativen Behandlung der Narbenstenosen der Speiseröhre oft viele Wochen oder Monate an Zeit gewinnen lässt.

Zum Schluss empfiehlt Verf., die Versuche mit Fibrolysin (intramusculäre Einspritzung) fortzusetzen und auch die circuläre Elektrolyse anzuwenden, die nach einer Reihe von Autoren auf die Narbenstenosen des Oesophagus günstig wirkt. Die plastische Bildung eines völlig neuen Oesophagus (Roux) und die Einschaltung einer künstlichen Speiseröhre (Gluck) aus Kautschuk oder Glas wird nur ausnahmsweise in Anwendung kommen. OPPIKOFER.

108) **Th. Rovsing** (Kopenhagen). **Ein Fall von totaler Gastroptose mit Dilatation der Speiseröhre. (Et Tilfälde af total Gastroptose med Dilatation af Spiseröret.)** *Hospitalstidende. No. 1. 1913.*

Verf. hat Gelegenheit gehabt, einen Patienten mit totaler Gastroptose zu operiren, bei dem die Cardia 8 cm unter dem Hiatus oesophagi lag und der Oesophagus sehr dilatirt war. Der krankhafte Zustand und die Ektasie des Oesophagus besserten sich in besonders hohem Grade durch Gastropexie. Er hält es für möglich, dass viele Fälle von Speiseröhrendilatation, die man als idiopathische Dilatationen bezeichnet und die man auf einen Cardiospasmus zurückführt, oft besser zu den Gastroptosen gezählt werden müssten, welcher Krankheit Verf. ein so grosses Interesse entgegengebracht hat und die er unbedingt mit Gastropexie behandelt wissen will. E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

109) **S. Chiba. Zwei Fälle von Oesophaguskrebs, combinirt mit Laryngeal- und Trachealkrebs.** *Japan. Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryng. Bd. 18. H. 3. 1912.*

Bericht aus Chiari's Institut (Strassburg). Im ersten Falle sah man Basalzellencarcinom im Larynx und Plattenepithelkrebs im Oesophagus. Im zweiten Falle sah man Drüsenkrebs im Luftwege und dazu noch Plattenepithelkrebs im Oesophagus. Verf. nimmt an, dass der Tumor vom Luftwege an in den Oesophagus überging und durch Ana-, Proso- oder Metaplasie verschiedene Formen bekam. Der Oesophagus bietet wahrscheinlich günstige Bedingungen für Umwandlung des Carcinoms in Kankroidform durch Proso- oder Metaplasie.

KUBO.

110) **Mouisset** et **Mangini** (Lyon). **Oesophaguskrebs mit Durchbruch in die Trachea. (Cancer de l'oesophage avec bourgeons dans la trachée.)** *Lyon médical. 17. November 1912.*

Demonstration eines Präparates. Die Krankengeschichte verdient insofern Interesse, als Symptome fast ausschliesslich von Seiten der Trachea bestanden. Linksseitige Recurrenslähmung, Dyspnoe, Einziehungen. Durch die Tracheoskopie wurde eine unnöthige Tracheotomie vermieden. GONTIER de la ROCHE.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Oberstabsarzt Dr. W. Hasslauer. Das Gehörorgan und die oberen Luftwege bei der Beurtheilung der Militärdiensttauglichkeit.** 280 S. Berlin. Verlag von Coblentz. 1913.

Verf. will den Militärärzten einen Rathgeber schaffen, in welchem der musternde, der aushebende, der Rekruten einstellende und im Laufe der Dienstzeit beobachtende (doch auch behandelnde. Ref.) Sanitätsofficier Aufschluss finden soll in den vielerlei Zweifeln, die die Erkrankungen des Gehörorgans und der oberen Luftwege für die Beurtheilung der Militärdienstfähigkeit dem nicht specialistisch ausgebildeten Sanitätsofficier entstehen lassen.

Mit diesem Programm kennzeichnet sich das Werk als ein ganz speciell nur die militärärztlichen Interessen wahrendes. Neues ist weder vom wissenschaftlichen noch vom praktisch-ärztlichen Standpunkt aus zu geben beabsichtigt. Nur die Verwerthung der jetzigen Errungenschaften für den Militärarzt ist geplant.

Verf. hätte sich vielfach kürzer fassen können und Wiederholungen vermeiden können. Auch der Stil lässt zu wünschen übrig. Einzelne Capitel, z. B. über die Frage der Dienstbeschädigung sind recht gut gerathen. In nicht wenigen Anschauungen und Rathschlägen militärärztlicher technischer Art wird Verf. nicht allseitig Zustimmung finden. Doch sind das Dinge, die die Leser dieses Blattes nicht interessiren. Für den Militärarzt kann ein Studium des Werkes wohl empfohlen werden. Landgraf (Berlin).

---

b) **M. Lermoyez. Notions pratiques d'électricité à l'usage des médecins. Avec renseignements spéciaux pour les oto-rhino-laryngologistes.** Avec 426 figures dans le texte. Paris, chez Masson & Co. 1913.

Das gross angelegte Werk von Lermoyez zerfällt in zehn Abschnitte, von denen die vier ersten den bisher erworbenen Kenntnissen von der Elektricität und dem Magnetismus, der Messung und der Vertheilung der elektrischen Energie, der Beschreibung der zur Erzeugung der Elektricität gebräuchlichen Batterien, Reibungsmaschinen, Dynamomaschinen gewidmet sind. Ein vierter Theil (das 10. Capitel) bespricht besonders die Eigenschaften der Accumulatoren, ihre Construction, die von ihnen gelieferte elektromotorische Kraft, ihre Ladung und ihre Erhaltung in andauernd gutem Zustande. Der 5. Abschnitt (7 Capitel umfassend) beschäftigt sich speciell mit der Beschreibung elektromedicinischer Apparate, von denen die für Galvanokaustik, Endoskopie, die verschiedenen Apparate für constanten und Wechselstrom besprochen werden. Es folgen dann Auseinandersetzungen über Elektrolyse (in diesem wie in allen den anderen Capiteln mit genauer Beschreibung der zu ihrer Anwendung nothwendigen Apparate), dann der Ionisation, der Galvanisation und der Faradisation. Der 6. Abschnitt handelt von der Nutzbarmachung der städtischen Elektricitätsanlagen für medicinische Zwecke und bespricht zum Schluss noch die bisherigen Erfahrungen über die sogenannte Elektrocution. Fünf Capitel des 7. Abschnitts des Werkes beschäftigen sich mit der Beschreibung der tragbaren, zu medicinischen Zwecken zu verwendenden Apparate und sieben Capitel handeln in dem 8. Abschnitt von den stationären Ein-

richtungen der zu ärztlichen Zwecken verwendbaren Apparate. Im 9. und 10. Abschnitt endlich wird in neun Capiteln die elektrische Beleuchtung und die elektrische Heizung besprochen. Wir begnügen uns, da eine eingehendere Würdigung des vortrefflichen Werkes zu viel Raum beanspruchen würde, mit der Aufzählung dessen, was in den einzelnen Abschnitten geboten ist.

Wer sich über die Fortschritte unserer Kenntnisse in der Elektricität unterrichten will und besonders jeder Arzt wird in diesem mit grösstem Fleiss und ausgezeichneter Sachkenntniss verfassten Buche lehrreiche Hinweise besonders auch für den Gebrauch und die Instandhaltung seiner Apparate finden. Die glänzende Ausstattung des Werkes, speciell die grosse Fülle guter Abbildungen wird das Verständniss des im Text Gebotenen erleichtern.

M. Bernhardt (Berlin).

---

c) Oto-laryngologische Gesellschaft in Odessa.

Sitzung vom 5. Mai 1911.

Rosenfeld demonstrirt eine Patientin mit Pemphigus der Schleimhäute der Augenlider, des Pharynx und Larynx und denkt in diesem Falle „Salvarsan 606" anzuwenden.

Sitzung vom 26. Mai 1911.

Schmidt demonstrirt einen Patienten, dem nach der Tracheotomie, zur Erweiterung der Stenosis subhyoidea localisata, ein Bougie nach Schrötter, No. 8 für 24 Stunden eingeführt wurde. Die Erweiterung von 1—8 gelang bei dem Patienten im Laufe von 10 Tagen, Bougie jedes Mal drinnengelassen für 24 Stunden. Patient kann mit verstopfter Canüle bereits einige Zeit athmen. Diagnose unbestimmt, Lues wird in Abrede gestellt. Vor 8 Jahren in Folge von Stenosis laryngis mit Schrötter'schen Bougies behandelt. Symptome von Scleroma nirgends nachweisbar. Ursache der Stenosis subglottica nicht erweisbar.

Penski: Sinuisitis frontalis purulenta ex causa traumatica wird nach der Operation demonstrirt.

Geschelin: Demonstrirt einen Fall von Angioma uvulae.

Rosenfeld meint: Fälle von Angioma der Uvula sind sehr selten, beschrieben sind Fälle von Angiopapilloma.

Tartakowski: Ein Fall von Sarkom der Tonsillen, der unter Röntgenbehandlung bedeutend kleiner geworden ist.

Geschelin: Zur Diagnose und Operation der Adenoiden.

Discussion:

Winokurow: Eine wichtige Bedeutung spielt die Anwesenheit der Adenoiden im Kindesalter, verlangt in jedem einzelnen Falle strenge Individualität. Herabsetzung des Gehörs und erschwertes Athmen sind Hauptindication zur Entfernung derselben.

Geschelin: Hat im Säuglingsalter 5—6 mal operirt — wo speciell das Saugen der Brust erschwert wird.

Rosenfeld: Magenerscheinungen, Dyspepsie, Erbrechen und Appetitlosigkeit, stehen häufig im Zusammenhang mit Adenoiden.

Arljak: Ist ein Zusammenhang zwischen Adenoiden und exsudativer Diathesis vorhanden? Chronischer Schnupfen und vergrösserte Lymphdrüsen (Submaxillaris) stehen im Zusammenhange mit Adenoiden und haben nichts Gemeinsames mit der sog. Scrophulose, da sie nach der Adenotomie schwinden.

Suingajewski fragt: Wie oft werden bei Erwachsenen Adenoide entfernt und speciell bei Sängern und wann kann man nach Anginen operiren?

Referent Geschelin meint: Nach Anginen operirt er nicht früher als zwei Wochen, Erwachsene operirt er oft; was Sänger betrifft, so hält er die Entfernung für durchaus nöthig, da die Resonanz eine bessere ist.

Sitzung vom 28. October 1911.

Geschelin demonstrirt: 1. einen blutenden Polypen, entfernt vom vorderen Theil des Septum narium und 2. einen Polypen, entfernt vom rechten Stimmbande, ungefähr im mittleren Drittel der vorderen Commissur; beide Polypen interessant durch ihre Grösse und Lage.

Schmidt: Ueber die erschwerte Diagnose des Cancer laryngis.

Demonstration eines Präparates einer 47 jährigen Patientin, die am 23. 11. 1911 im Evangelischen Krankenhause starb: Vollständige carcinomatöse Degeneration des Larynx und der Trachea. Die erste Krankheit dauerte 6 Jahre. Erste klinische Diagnose: Scleroma.

Schmidt stellt die Frage: Handelt es sich hier um langsame Entwickelung des Krebses oder um einen secundären Krebs? Er spricht sich für die letztere Ansicht aus.

Schmidt demonstrirt das Präparat einer rechtsseitigen Exstirpation der Cart. thyreoidea in Folge von Cancer des rechten Stimmbandes und der rechten Regio subglottica.

Unter der Lupe bei zehnfacher Vergrösserung ist klar zu sehen, dass die Affection eine vollständig begrenzte war. Die Krankheit währte nur drei Monate. Operation am 15. 9. Exitus 21. 9. 1911. Pneumonia ex aspiratione.

Schmidt demonstrirt mikroskopische Präparate eines Polypus nasopharyngealis juvenilis.

Der Polyp wurde vernichtet vermittels Elektrolyse (50 M.-A. im Laufe von 30 Minuten 2 mal wöchentlich). Ref. hofft den Tumor vermittels dieser Behandlung vollständig zu zerstören.

Schmidt: Ein Fall von Empyema antri Highmori dextri caseosum nach sechsmonatigem Bestehen geheilt nach einer Ausspülung (!) durch die präformirte Oeffnung der Kieferhöhle. Aehnliche Fälle sind selten, beim Referenten der 2. Fall.

Sneslkow: Zur Casuistik der Speichelsteine.

Discussion.

Guvonitsch beobachtete 2 Fälle von Steinen im Duct. Whartonianus, wo-

bei der Stein durch die Wand des Ausführungsganges durchschimmerte und man konnte ihn leicht mit der Pincette fassen. Wenn die Drüsen des Mundbodens sehr geschwollen sind, soll man immer an Steine des Ductus Whartonianus denken.

Schmidt meint: der Hauptgrund zur Bildung von Speichelsteinen seien Fremdkörper (Borsten und Haare von Zahnbürsten).

Güttelson (Moskau).

---

d) Gesellschaft für Ohren- Nasen- und Halskrankheiten zu St. Petersburg.

Sitzung vom 9. October 1910.

W. Liek: Daueranästesie bei Larynxtuberculose.

Verf. empfiehlt warm die Injection von Alkohol in den N. larynx sup., um die Dysphagie bei Larynxtuberculose für einige Zeit zu beseitigen, ungefähr 9 bis 11 Tage. Injicirt wird Alkohol 85° — nicht weniger als 2,0. — Beschreibung der Technik.

Auf die Frage Wojatulek's, ob die Alkoholinjection nur bei schweren Fällen mit schmerzhaftem Schlucken oder bei allen Patienten mit Dysphagie angewandt werden soll, antwortete

Liek: Nur bei schweren Fällen.

Spengler fragt, ob der Referent auch bei Patienten mit Perichondritis die Alkoholinjection angewandt hat und wie die Wirkung war.

Derartige Fälle hatte Referent nicht zur Verfügung.

Sitzung vom 13. November 1910.

Simanowski hält einen Vortragüber die Anwendung des Stroboskopes zur genauen Untersuchung der Schwankungen und Schwingungen der Stimmbänder und demonstrirt die Stroboskope von Oertel, Edelmann und Spiess.

Wojatschek: Ueber das Inhalatorium in Kislowodsk (Kaukasus).

Nach genauer Beschreibung der Einrichtung des Systems der Trockeninhalation nach Körting kommt Referent zu folgenden Schlüssen: Am zweckmässigsten erwies sich die Inhalationstherapie bei verschleppten Katarrhen der oberen Luftwege — weniger wirksam ist sie bei infectiösen Affectionen des Larynx.

Ickowitsch meint, dass die Inhalationstherapie bei Kindern einen günstigen Einfluss habe auf den Appetit und damit in Zusammenhang auf die Besserung des Allgemeinzustandes.

K. Stein meint, dass die Inhalationstherapie einen guten Einfluss habe auch auf das Nervensystem und auf die Rhachitis.

Simanowski: Die Inhalationstherapie nach Körting hat ohne Zweifel einen günstigen Einfluss auf die Katarrhe der Luftwege, der Appetit wird besser, das Gewicht nimmt zu; sicher hat die Inhalationstherapie nach dem System von Körting eine wissenschaftliche und praktische Bedeutung.

A. J. Galebski demonstrirt einen 10jährigen Patienten mit einem Tumor, aller Wahrscheinlichkeit nach Lymphangiom, der von der Nase seinen Ursprung hat. Die Geschwulst begann sich zu entwickeln, als Pat. ein halbes Jahr alt war.

Die Geschwulst erstreckt sich auf die Nase, Stirn und Gesicht (linke Seite), sie ist elliptisch, ohne scharfe Grenzen, bei der Betastung des linken Nasenflügels hat man das Gefühl der Fluktuation, Haut an der Stelle der Geschwulst unverändert, sehr beweglich. Bei der Rhinoskopie sieht man, dass der Tumor den linken Nasenflügel nach innen drängt.

Jacobsohn demonstrirt einen Spatel, den Prof. Koschlakow im Jahre 1878 anwandte zur Besichtigung des Hypopharynx.

Sitzung vom 11. December 1910.

Wojatschek: 2 Fälle von Rhinoskleroma.

Fall I. Patientin kam in die Klinik mit Klagen über Athemnot. Bei der Bronchoskopie wurde eine Stenose der Trachea festgestellt und gleichzeitig bestanden charakteristische Symptome für Rhinoscleroma im Nasenrachenraum und in der Nase. Die Behandlung der Stenose mit dem Brünings'schen Instrumentarium hatte ein gutes Resultat.

Fall II. Bei einem Knaben mit heiserer Stimme wurde eine Laryngitis subglottica constatirt. Die bakteriologische Untersuchung des Larynxschleimes in beiden Fällen zeigte typische Sklerombacillen.

Wojatschek: Demonstration eines Patienten, an dem die Tonsillektomie gemacht wurde. Pat. litt häufig an schwerer Angina. Operation gemacht, stationär unter Localanästhesie, starke Blutung, die von selbst stand. Dauer der Operation 5 Minuten, Heilung glatt. Patient fühlt sich wohl.

Zitowitsch empfiehlt warm die Galvanokaustik der Tonsillen als sicheres, radicales und gefahrloses Mittel.

Galebski ist kein Anhänger der Tonsillektomie, empfiehlt warm die Caustik als radicales Mittel gegen die Angina, einfach und ohne Gefahr, meint ausserdem, dass die Tonsillektomie auch einen Einfluss auf die Resonanz der Stimme haben kann.

Sitzung vom 29. Januar 1911.

A. T. Sidorenko: Ueber die Hedonalnarkose in der Ohren- und Halspraxis.

Ref. ist mit der Hedonalnarkose sehr zufrieden, der Schlaf tritt ohne Complicationen von Seiten der Athmung ein. Das Hedonal wird vermittelst eines Syphons durch eine Canüle in das centrale Ende der Vene injicirt.

Jeremitsch: Die Hedonalnarkose wird in der Klinik des Prof. Fedoroff mit gutem Erfolg angewandt.

Galebski hat zwar keine Erfahrung mit der Hedonalnarkose, ist aber im Allgemeinen für Localanästhesie in unserer Specialität; die Localanästhesie ruft eine geringere Blutung des Operationsgebietes hervor, während bei der Hedonalnarkose die Blutung eine stärkere und der Blutdruck ein erhöhter ist.

Iwanoff: Im Hospital zu Kronstadt wurden 10 Trepanationen am Ohre in Hedonalnarkose gemacht und das Resultat war ein gutes.

Liek ist für die Hedonalnarkose und meint, man müsse darauf Acht geben, dass die Zunge nicht im tiefen Schlafe zurückfiele.

Simanowski: Wenn nach der Hedonalnarkose der Schlaf bis 6 Stunden dauern kann, so ist die Narkose bei Operationen in der Nase und dem Pharynx nicht gut angebracht, da wir bei Verlust der Reflexe den Patienten an Verblutung verlieren können. Bei Ohroperationen ist diese Narkose zu versuchen.

Wojatschek demonstrirt einige Patienten, bei denen die submucöse Septumresection mit gutem Erfolge gemacht wurde.

Galebski demonstrirt ein Bruchstück einer Trachealcanüle, die in den linken Bronchus gelangte und durch Bronchoskopie entfernt wurde.

Zitowitsch demonstrirt einen 3 Jahre alten Knaben, der einen Fremdkörper aspirirt hat (Sonnenblumenkern); nach mehrfachem Bemühen gelang es ihm, den Fremdkörper per bronchoscopiam direct zu entfernen; er meint, man müsse die Patienten nie gleich entlassen, da eventuell eine Asphyxie eintreten könne, die die Tracheotomie nothwendig macht.

G. E. Schukoff: Ueber einen Fremdkörper in der Highmorshöhle. Bei einer chronischen Highmoritis gerieth bei einer Durchspülung der Höhle eine Metallröhre in die Höhle, 3 Jahre darauf wurde der Fremdkörper — Radicaloperation nach Luc-Caldwell entfernt und Patientin geheilt.

Discussion.

Lik entfernte einen Fremdkörper durch die Denker'sche Operation.

Cosoloff: Die beste Methode zur Entfernung der Fremdkörper aus der Highmorshöhle ist die Radicaloperation durch die Fossa canina.

Zitowitsch: Wenn die Fremdkörper keine Highmoritis hervorrufen, so ist die Operation überflüssig.

Simanowski beobachtete einen Fall, wo eine silberne Röhre in der Highmorshöhle 3 Jahre lang lag und keine Folgeerscheinungen veranlasste.

Schukoff: Ein Fall von Pyämie bei einer Highmoritis.

Patient fiel vom Pferde und erlitt eine Gesichtsverletzung, einen Monat nach dem Fall wurde eine Entzündung der Highmorshöhle mit Pyämie constatirt, im Blute Streptokokken. Patient wurde nach Luc-Caldwell operirt und als geheilt entlassen.

Galebski demonstrirt eine Patientin mit Trachealstenose in Folge von Rhinoscleroma.

Patientin, 22 Jahre alt, aus Wolhynien. In beiden Nasenhälften Infiltrate an der unteren Muschel und am Septum; hinter dem hinteren Gaumenbogen am Pharynx Infiltrate von der Grösse einer Haselnuss. Patientin klagt über erschwertes Athmen. Larynx frei. Bei der Bronchoskopie eine ringförmige Verengerung der Trachea in der Tiefe von ungefähr 19 cm sichtbar. Bifurcation nicht sichtbar, die Infiltrate in der Nase wurden entfernt, die in der Trachea per bronchoscopiam und Patientin mit freier Athmung entlassen.

Zitowitsch demonstrirt einen Patienten, dem er in Folge totaler Larynxstenose nach Lues die Laryngektomie mit gutem Erfolge machte. Pat. spricht wieder frei, ist noch etwas heiser und kann unbehindert seinen Arbeiten nachgehen und ohne die Tracheotomiecanüle gut athmen.

Zitowitsch demonstrirt einen 12 jährigen Knaben, der täglich um 4 Uhr erhöhte Temperatur zeigte, 37,6; die Adenotomie, die früher vorgenommen wurde, schaffte für kurze Zeit Erleichterung, aber nach einiger Zeit traten wieder Athembeschwerden und erhöhte Temperatur auf, nach Cauterisation der Mandeln und nochmaliger Entfenrung der Adenoiden trat vollständige Heilung ein.

Sitzung vom 26. März 1911.

Spengler demonstrirt einen Patienten, 51 Jahre alt, mit einem Tumor des linken Stimmbandes, ähnlich einer Cyste; eine Probepunction ergab blutigen Inhalt.

Galebski demonstrirt einen 22 jähr. Kranken mit einer grossen Larynxcyste, Stimme heiser, Athmung erschwert, kann schwere Arbeit nicht thun. Pat. ist Alkoholiker. Punction der Cyste ergab 5,0 blutig-eitrige Flüssigkeit. Patienten wurde die Tracheotomie zur Entfernung des Tumors vorgeschlagen, worauf derselbe nicht einging. Er ging an Herzparalyse zu Grunde. Bei der Section erwies sich der Tumor als eiförmig, so gross wie ein Hühnerei und beim Aufschneiden als eine Cyste, deren Inhalt Eiter, gemischt mit Blut enthielt (Cystoma laryngis).

Wojaledek: Bericht über 5 Fremdkörper in den oberen Luftwegen und Oesophagus.

1. Patient, 60 Jahre alt, blieb ein Stück Fleisch im Oesophagus stecken, 17 cm, entfernt mit der Bohnenzange;

2. Patient, 48 Jahre alt, blieb ein Knochen von einem Rebhuhn im Oesophagus, in der Höhe von 6 cm, stecken, entfernt mit der Bohnenzange;

3. Patientin, 43 Jahre alt, verschluckte eine Zahnprothese; es gelang nicht, sie zu entfernen, da die Prothese in den Magen gelangte. Gutes Allgemeinbefinden.

4. Patientin, 30 Jahre alt, verschluckte einen Knochen; kam mit den Symptomen einer Mediastinitis in die Klinik; bei der Oesophagoskopie ist der Fremdkörper sichtbar in der Höhe von 7 cm, es gelingt nicht, ihn zu entfernen, nach einigen Tagen Exitus — an der Wand des Oesophagus Decubitus, das Knochenstück war eingekeilt.

5. Patient, 6 Jahre alt, wurde ein gedrehter Draht mit einem Haken aus der Trachea entfernt durch directe Tracheoskopie mit der Brüning'schen Zange.

Discussion.

Zitowitsch: Prof. Killian warnt, die Oesophagoskopie da zu machen, wo das Knochenstück eingekeilt ist, er räth in solchen Fällen zur Oesophagotomie.

Zitowitsch demonstrirt einen Patienten, bei dem er ösophagoskopisch eine bedeutende Dilatation des oberen Theiles des Oesophagus in Folge einer Stenose des unteren Theiles durch einen krebsartigen Tumor feststellen konnte, der 29 cm, von den Schneidezähnen gerechnet, sass. Güttelson.

e) Scottish Otological and Laryngological Society.

4. Versammlung, 11. Mai 1912 im Royal Infirmary Glasgow.

Vorsitzender: J. Kerr Love.

R. Fullerton demonstrirt einen Patienten mit diffusen warzigen Geschwülsten der Zunge und der Mundschleïmhaut.

James Adam zeigt 1. eine Patientin mit Schwellung des Alveolarfortsatzes, des harten Gaumens, der Vorderwand beider Kieferhöhlen, des Bodens der linken Nasenhöhle und der rechten mittleren Muschel. Wassermann negativ. Es wird die Diagnose erörtert, ob Osteitis infectiösen Ursprungs, Leontiasis ossea oder Zahncyste.

2. Frau, bei der die Carotis geschlängelt an der hinteren Rachenwand verläuft.

3. Zwei Patienten, bei denen die Nasenathmung durch Dehnung des harten Gaumens verbessert worden ist.

P. W. Grant stellt vor: 1. einen Patienten mit Pneumokokkeninfection der Nase und Mundhöhle, die mit einer Pneumokokkenvaccine erfolgreich behandelt wurde; 2. einen Patienten mit Ulceration an der Nasenscheidewand und am Boden des linken Nasenvorhofs, die mit Pneumokokkenvaccine behandelt worden ist.

Walker Downie zeigt 1. eine Frau mit ausgedehntem venösen Angiom der rechten Stirnseite, Nase, Oberlippe und rechten Gaumenhälfte.

2. eine Patientin, die vor 15 Jahren an einer langdauernden entzündlichen Affection der Mund-Rachenschleimhaut gelitten hatte, deren Ursachen niemals entdeckt wurden. Seitdem besteht eine Contraction der Lippen und des Pharynx, derart, dass die Nahrungsaufnahme erschwert ist.

Brown Kelly zeigt zwei Brüder, die an langdauernden Adductorspasmen des Kehlkopfs leiden; bei einem der beiden musste deswegen die Tracheotomie gemacht werden. Ein Zwillingsbruder des älteren der beiden Knaben und dieser selbst haben einen Sprachdefect. Alle drei Knaben sind weit unter der normalen Grösse und verwachsen.

3. Mann mit linksseitiger Recurrenslähmung, Compressionsstenose des Oesophagus und linken Hauptbronchus, wahrscheinlich in Folge eines rasch wachsenden Tumors im hinteren Mediastinum.

4. Kind mit angeborenem inspiratorischen Stridor und

5. Kind mit Gonokokkenrhinitis.

W. S. Syme: 1. 2 Monat altes Kind mit doppelseitigem knöchernen Choanalverschlusse.

2. Knabe mit wahrscheinlich angeborener Fensterung der Gaumenbögen.

3. Demonstration eines Präparates von ausgedehnter Meningitis rhinogenen Ursprunges. Die Meningitis erstreckte sich auf Pons, Medulla, Kleinhirn; es war Eiter in allen Ventrikeln; die Affection trat secundär hinzu zu einer Eiterung der hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle. Pat. wurde in

sehr schwerem Zustande auf die Klinik aufgenommen; jedoch war es noch möglich, durch die Untersuchung festzustellen, dass eine grosse Oeffnung im Dach und in der Aussenwand der rechten Keilbeinhöhle und der hinteren Siebbeinzellen vorhanden war. Durch diese Oeffnung kam Eiter und Hirnsubstanz hervor. Die Dura wölbte sich in die Höhle vor und war pulsirend. Pat. wurde schnell bewusstlos und starb.

Sitzung vom 30. November 1912 in der Royal Infirmary in Edinburgh.

Vorsitzender: J. S. Fraser.

J. S. Fraser und A. Logan Turner demonstriren zwei Fälle von Plattenzellenepitheliom des oberen Endes der Speiseröhre. Beide Fälle betreffen Frauen und in beiden wurde die Oesophagectomie vorgenommen; bei einer der beiden Patientinnen liegt die Operation zwei Jahre zurück und es geht ihr gut.

J. S. Fraser und Raymond Verel: Ueber die conservative Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen.

J. H. Gibbs macht Demonstrationen zu den Beziehungen der Zahnkrankheiten zur Rhinologie.

Logan Turner und J. M. Darking zeigen 8 Fälle von Sarkom der Tonsille; in einem war der Tumor gestielt. Alle drei Fälle betrafen die linke Tonsille.

A. Logan Turner: Vier Fälle von Lupus der Nasenschleimhaut, behandeltmit der Strindberg'schen Modification der Pfannenstill'schen Methode. Die Resultate waren sehr gut.

William Miligan berichtet über einen Fall von Fibrosarkom des Nasenrachens, das 1909 operirt wurde; kein Recidiv. Demonstrirt ferner ein vonihm operirtes Oesophagusdivertikel; ferner Präparate und Photographien eines Falles von traumatischer Perforation des Oesophagus in die Aorta durch einen Kaninchenknochen.

Littigow beschreibt eine Methode der intranasalen Eröffnung der Kieferhöhle und demonstrirt Spiegel zur lateralen intranasalen Rhinoskopie für die Besichtigung der Höhle nach der Operation.

W. G. Porter: 1. Zwei Ozaenafälle erfolgreich mit Vaccine des Abel'schen Bacillus behandelt. Die Nase ist frei von Borken und Fötor und es sind keine Ausspülungen mehr nöthig.

2. Fall von maligner Erkrankung des Nasenrachens, gebessert durch Palliativoperation.

Brown Kelly: 21jähriger Mann mit Keratose des Larynx und der Trachea. Es bestand keine Keratose des Pharynx.

James Adam zeigt den in einer früheren Sitzung vorgestellten Patienten, bei dem ein fibröser Tumor, der knöcherne Veränderungen zeigte und mit beiden Kieferhöhlen in Zusammenhang stand, entfernt worden war.

A. Logan Turner.

---

f) Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

83. Sitzung vom 6. November 1912.

Vorsitzender: Jörgen Möller.
Schriftführer: Willaume-Jantzen.

I. H. Mygind: Totale Taubheit nach Meningitis cerebrospinalis. Spontane Rückkehr des Gehörs nach 4 Jahren.

II. H. Mygind: Abscessus praevertebralis haemorrhagicus einen Tonsillentumor vortäuschend. Plötzlicher Tod während der Narkose.

15jähriger Knabe mit erheblicher Schwellung in der Gegend der linken Tonsille, erheblich an Grösse wechselnd, wiederholte Incisionen fördern nur Blut hervor; einige Nackensteifigkeit. Es wurde beschlossen, in Narkose eine genauere Untersuchung vorzunehmen, während des Excitationsstadium aber stockt plötzlich die Respiration und trotz aller Mühe, Tracheotomie usw. trat Exitus ein. Die postmortelle Untersuchung ergab einen mit frischem Blut gefüllten Senkungsabscess, von einem Wirbelkaries ausgehend; der Exitus war offenbar durch erneute Anschwellung wegen frischer Blutung verursacht; vielleicht ist eine Vagusläsion entstanden.

III. Ove Strandberg: a) Demonstration eines Instruments für die Behandlung des Kehlkopfes mittels Elektrolyse nach Reyn. b) Demonstration von Patienten.

Zwei Patienten mit Lupus, nach Elektrolyse geheilt, 1 durch Excision geheilter Fall, 2 nicht behandelte Fälle, ein frischer und ein alter, endlich ein nach der Pfannenstill'schen Methode behandelter Fall von Kehlkopftuberculose, der jetzt nach 14 Monaten noch immer geheilt ist.

IV. Ove Strandberg: Bemerkungen über Lupus vulgaris der Tonsillen.

Bei glatten Tonsillen erinnert die Affection Anfangs sehr an Syphilis, bei zerklüfteten Tonsillen dagegen glaubt man Anfangs nur eine chronische follikulare Angina zu sehen, erst später kommen fein granulirte Geschwüre, die der Tonsille ein sammetartiges Aussehen verleihen. Zur Frühdiagnose ist die Wassermannreaction und die mikroskopische Untersuchung nöthig, ferner muss man auf eventuell gleichzeitiges Hautleiden Rücksicht nehmen.

Unter 2087 Fällen des Finseninstituts hat S. 88 Fälle von Tonsillenlupus gefunden. Ist das Leiden auf die Tonsillen selbst beschränkt, ist die Tonsillektomie die beste Behandlung, sonst die Elektrolyse nach Reyn.

V. Vald Klein: Torticollis im Anschluss an eine Adenotomie.

Discussion: Mygind, Nörregaard, Möller.

VI. N. Rh. Blegvad: Chronische Mittelohreiterung. Labyrinthfistel. Sinusthrombose. Otogene Meningitis. Operation. Heilung.

VII. P. Tetens Hald: Beiträge zur Anatomie der Tonsillen.

H. hat die Verhältnisse der Tonsillenkapsel zur Plica triangularis und zum vorderen Gaumenbogen studirt und gefunden, dass die Kapsel sich hinter dem Palatoglossus nach hinten umbiegt und einen integrirenden Theil der Plica triangularis bildet; die hintere Fläche der Plica ist von lymphoidem Gewebe gebildet, sodass der vielfach vorhandene retroplikare Spalt thatsächlich intratonsillar liegt,

so wie auch bei der Fossa supratonsillaris; bei der Tonsillektomie darf man deshalb nicht hinter der Plica triangularis eingehen, sondern besser durch den Rand des vorderen Gaumenbogens, sodass man sicher ist, an der Aussenseite der Kapsel zu sein.

Discussion: Nörregaard, Klein, Möller, Mygind, Blegvad, Waller.

84. Sitzung vom 4. December 1912.

Vorsitzender: Jörgen Möller.
Schriftführer: Willaume Jantzen.

I. K. Nörregaard demonstrirt an 3 Patienten die völlige Insensibilität der Tonsillen dem Paquelin gegenüber (ohne vorherige Cocainisirung); der Brennstift muss weissglühend sein, damit er nicht an dem Gewebe adhärirt.

II. E. Schmiegelow: Beitrag zur Kenntniss der syphilitischen Oesophagusleiden.

56jähriger Mann, vor 10 Jahren mit Lues inficirt, kam mit einer erheblichen Oesophagusstenose zur Behandlung, die das ösophagoskopische Bild eines weit vorgeschrittenen Krebses darbot, doch waren keine Geschwüre vorhanden. Jodkaliumbehandlung wurde verweigert, auch als ziemlich nutzlos angesehen. Er wurde später anderswo mit Quecksilber behandelt, kam aber 4 Monate später in sehr elendem Zustande wieder: die Schwellung an der Strikturstelle war jetzt bedeutend blasser, weniger höckerig und nicht so ausgedehnt. Er wurde jetzt mit Jodkalium behandelt und zwar mit gutem Erfolge, sodass schliesslich nur eine geringe Verengerung übrig blieb.

III. E. Schmiegelow: Thrombus septicus venae anonymae sinistrae.

IV. E. Schmiegelow: Fall von geheilter eitriger Meningitis eigenen Ursprungs.

V. Geschäftssitzung. Zum Präsidenten wurde gewählt: Jörgen Möller, zum Vicepräsidenten: Hempel, zum Schriftführer: Speyer.

Jörgen Möller.

IV. Briefkasten.

Verein Deutscher Laryngologen.

Zwanzigste Versammlung zu Stuttgart, Mittwoch, den 7. und Donnerstag, den 8. Mai 1913.

Tagesordnung:

Mittwoch, den 7. Mai, ½3 Uhr: Vorstandssitzung.
4—6 Uhr: Im Landes-Gewerbemuseum. 1. Eröffnung. 2. Geschäftssitzung. 3. Demonstrationen.
8 Uhr: Gegenseitige Begrüssung der Mitglieder im Restaurant des Kunstgebäudes, Neuer Schlossplatz 2.

Donnerstag, den 8. Mai, 9 (pünktlich) bis 1 Uhr: Wissenschaftliche Verhandlungen im Landes-Gewerbemuseum.
1—2 Uhr: Frühstück im Stadtgarten, Kanzleistr. 50.
2 Uhr: Fortsetzung der wissenschaftlichen Verhandlungen.
Von 8 Uhr Abends an: Zwangloses Beisammensein im Stadtgarten (Eingang Schellingstrasse) gemeinsam mit der Deutschen Otologischen Gesellschaft.

Freitag, den 9. Mai, Abends 7 Uhr: Festessen.

Sonnabend, den 10. Mai, Nachmittag: Besichtigung der Lungen-Sanatorien Schönbuch bzw. Schömberg.

Angemeldete Vorträge (vorläufig festgesetzte Reihenfolge):

1. Herr Denker, Halle a. S.: Demonstration von Instrumenten zur Intercricothyreotomie.
2. Herr Streit, Königsberg i. Pr.: Bakteriolog. Untersuchungen aus Mund und Nase.
3. Herr Thost, Hamburg: Der normale und kranke Kehlkopf des Lebenden im Röntgenbild. (Demonstration.)
4. Herr Marx, H., Heidelberg: 1. Beitrag zur Bronchoskopie. 2. Ueber Feststellung der Ursache von Schlingbeschwerden.
5. Herr Oppikofer, E., Basel: Demonstration von in situ der Organe hergestellten Wachsausgüssen der Trachea und Hauptbronchien. (Demonstration.)
6. Herr Spiess, Frankfurt a. M.: 1. Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Keilbeinhöhle. 2. Aneurysma der Carotis interna.
7. Herr Panse, Rudolf, Dresden: 1. Ein Nasenansatz zur Saugbehandlung. 2. Zur Behandlung von Verwachsungen des Gaumens mit der Rachenwand.
8. Herr Preysing, Köln a. Rh.: Beiträge zur Operation der Hypophyse.
9. Herr Hug, Th., Luzern: Ein Fall von Pansinuitis necrotica. — Heilung.
10. Herr Kümmel, Heidelberg: Tödtliche Meningitis durch eine Duraverletzung bei einer intranasalen Abtragung der mittleren Muschel. (Demonstration.)
11. Herr Ephraim, Breslau: Zur Theorie des Bronchialasthma.
12. Herr Polyák, L., Budapest: Ueber die Technik der intranasalen Dacryocystostomie.
13. Herr Brünings, Jena: 1. Ueber ein Universal-Laryngoskop. 2. Demonstration einer durch Paraffinplastik behandelten Recurrenslähmung mit dem Universal-Laryngoskop.
14. Herr Albanus, Hamburg: Demonstration zur Kaltkaustik in den oberen Luftwegen.
15. Herr Manasse, Strassburg i. E.: Demonstration eines Gehirns mit äusserst hochgradigen rhinogenen Veränderungen.
16. Herr Katzenstein, I., Berlin: 1. Neue Methode der directen Laryngoskopie. (Demonstration.) 2. Compressionsbehandlung des Kehlkopfes bei Stimmleiden. (Demonstration.) 3. Zeitbestimmung bei Klangcurvenaufnahme. (Demonstration.)
17. Herr Killian, Berlin: Demonstration zur Schwebelaryngoskopie.
18. Herren Wittmaack und Sonnenkalb, Jena: Ueber Pneumatisationsstörungen im Bereich der Nasennebenhöhlen.
19. Herr Goerke, Breslau: Zur Tonsillektomie-Frage.
20. Herr Albrecht, Berlin: Die Bedeutung der Schwebelaryngoskopie für das Kindesalter, speciell für die Behandlung der Papillome.
21. Herr von Gyergyai, Kolozsvár: Weitere Erfahrungen mit meiner Methode zur directen Besichtigung des Nasenrachens und dessen directes Photographiren.
22. Herr Pollatschek, Budapest: Ueber die electro-chemolytische Behandlung der Kehlkopftuberculose.
23. Herr Kahler, Freiburg i. Br.: Thema vorbehalten.
24. Herr Hartmann, Heidenheim: Erwärmte Nasendouche. (Demonstration.)
25. Herr Goldmann, R., Iglau: 1. Zur Symptomatotogie der Tonsillitis desquamativa. 2. Osteo-chondro-myxosarkom des Siebbeins. (Demonstration.)
26. Herr Brüggemann, Giessen: Zur Behandlung des erschwerten Décanulements.
27. Herr Solger, A., Breslau: Beitrag zur Kenntniss der Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Tuberculose der oberen Luftwege.
28. Herr Onodi, Budapest: 1. Demonstration von Präparaten. 2. Thema vorbehalten.
29. Herr Spiess, Frankfurt a. M.: Bericht über positiven Wassermann bei malignen Geschwülsten.

XVII. Internationaler medicinischer Congress zu London 1913.
Section XV. Laryngologie und Rhinologie.

Ein Museum für die Ausstellung makroskopischer und mikroskopischer Präparate, Röntgenbilder, Zeichnungen. Tafeln usw. wird in Verbindung mit dieser Section organisirt. Dabei hat der Vorstand der Section die folgenden Krankheiten zur Erläuterung ausgewählt:

1. Neoplasmen der Nase, der Nebenhöhlen und der Nasopharynx (Polypus mucosus ausgeschlossen).
2. Die selteneren Formen der Kehlkopftumoren (Carcinome hinter dem Cricoidknorpel eingeschlossen).
3. Krankheiten der Trachea und Bronchien.
4. Die Krankheiten der Hypophyse, die von besonderem Interesse für die Rhinologie sind.

Die folgende Ordnung ist für diejenigen, die für das Museum Präparate beisteuern wollen, festgestellt worden.

1. Aussteller, die beabsichtigen, dem Museum Gegenstände zur Verfügung zu stellen, müssen sämmtliche Einzelheiten in Bezug hierauf auf dem beiliegenden Anmeldebogen eintragen. Es wird gebeten, die Anmeldebogen vor dem 1. März 1913 einzuschicken; solche, die später als 1. Mai eintreffen, werden nur unter ganz besonderen Bedingungen berücksichtigt.

2. Sämmtliche Ausstellungsgegenstände müssen, sorgfältig verpackt, in dem Imperial College of Science and Technology, South Kensington London, zwischen 25. Juli und 2. August eintreffen, damit die Aufstellung des Museums bis zum 4. August fertig sein kann.

3. Das Comité hat das absolute Recht, angebotene Gegenstände anzunehmen oder abzuschlagen.

4. Das Comité behält sich das Recht vor, die Ausstellungsgegenstände selbst aufzustellen.

5. Das Comité haftet für eine sachgemässe Aufstellung der verschiedenen Ausstellungsgegenstände und für deren sorgfältige Verpackung und Zurücksendung. Sämmtliche Ausstellungsgegenstände werden versichert werden und eventuelle Schadenersatzansprüche müssen innerhalb 3 Monaten nach Schluss des Museums eingereicht werden.

6. Unter keinen Umständen werden Ausstellungsgegenstände industrieller Art in dem Museum Aufnahme finden.

7. Den Ausstellern, die Vorträge in einer Section halten, können ihre Präparate in dem Sitzungslocal zur Verfügung gestellt werden, nach vorheriger Anmeldung bei dem Comité.

8. Es steht den Ausstellern frei, ihre Präparate in dem Museum zu erklären.

9. Kein Ausstellungsgegenstand darf aus dem Museum entfernt werden, ohne Genehmigung des Museumscomités.

Anweisungen für die Verpackung von Präparaten usw.

1. Alle zerbrechlichen Präparate müssen sorgfältig in Holzkisten verpackt werden und auf dem Deckel muss der Name und die Adresse des Ausstellers deutlich angebracht werden. — Auf der Innenseite des Deckels ist ein Inhaltsverzeichniss anzubringen.

2. Eine grosse Etiquette muss auf jeder Kiste aufgenagelt werden, auf der nachfolgende Adresse deutlich zu lesen ist:

XVIIth International Congress of Medicine (London, 1913).
H. W. Armit, Honorary Secretary, Museum Committee.
Imperial College of Science & Technology,
South Kensington. London SW.

3. Wandtafeln und nicht zerbrechliche Gegenstände dürfen einfach verpackt werden, doch müssen die Adresse des Absenders und die des Empfängers, sowie ein Inhaltsverzeichniss, deutlich angebracht werden.

4. Für pathologisch-anatomische Präparate in Spiritus oder sonstigen Conservirungsflüssigkeiten wird folgende Methode empfohlen: Man nehme den Deckel ab. — Man giesse die Flüssigkeit in eine geeignete Flasche mit geschliffenem Stopfen ab. — Man wickle das Präparat in, in die Conservirungsflüssigkeit getauchte Gaze ein und bringe dasselbe wieder in das Glasgefäss. — Man befestige den Deckel vermittels Gummiringen. — Man drehe die Gefässe einzeln in Papier ein und umhülle sie mit Werg.

5. Auf jedem Präparat muss eine bezeichnende Etiquette aufgeklebt sein, wonach sich dasselbe identificiren lässt.

Anmeldebogen (von dem Aussteller auszufüllen).

A. Zahl der Ausstellungsgegenstände . . . . .

B. Art der Ausstellungsgegenstände:
1. Pathologisch-anatomische Präparate (in Gläsern). (Bitte die Zahl und etwaige Grösse anzugeben.)
2. Mikroskopische Präparate . . . . Zahl . . . . .
   Für Oel-Immersion . . . . . „ . . . . .
   Für mittlere Vergrösserung . . „ . . . . .
   Für niedrige Vergrösserung . . „ . . . . .
   Für Dunkelfeld-Beleuchtung . . „ . . . . .
3. Apparate. (Bitte die Zahl und etwaige Boden- resp. Tischfläche, die beansprucht wird, anzugeben.)
4. Wandtafeln. (Bitte die Zahl und etwaige Grösse anzugeben.)
5. Stereoskopische Photographien. . . Zahl . . . . .
6. Photographien oder Zeichnungen. (Bitte die Zahl und etwaige Grösse anzugeben.)
7. Lichtbilder . . . . Zahl . . . . .
8. Sonstige Ausstellungsgegenstände.

C. Werth der Ausstellungsgegenstände (Versicherungswerth).
1. Pathologisch-anatomische Präparate . M. . . . . .
2. Mikroskopische Präparate . . . . . „ . . . . .
3. Apparate . . . . „ . . . . .
4. Tafeln . . . . „ . . . . .
5. Photographien . . . . „ . . . . .
6. Zeichnungen . . . . „ . . . . .
7. Lichtbilder . . . . „ . . . . .
8. Sonstige Ausstellungsgegenstände . . „ . . . . .

Ich erkläre mich hiermit bereit, die Ausstellungsbedingungen anzuerkennen.

Datum: Unterschrift:
Titel:
Adresse:

---

85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien.

Vom 21. bis 26. September 1913.

Vorsitzender der 26. Abtheilung für Hals- und Nasenheilkunde ist Hofrath Prof. Dr. O. Chiari, Wien I., Bellariastr. 12.

Personalnachricht.

Dr. Zange, Assistent an der Ohrenklinik in Jena, hat sich daselbst für Otologie und Rhino-Laryngologie habilitirt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIX. Berlin, Juni. 1913. No. 6.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, Instrumente.

1) **Letulle. Diagnose der Aortenaneurysmen. (Diagnostic des anevrismes de l'aorte.)** *Presse médicale. No. 22. 1912.*

In zweifelhaften Fällen muss man immer radiographiren lassen. Auf diese Weise werden eine überraschende Menge von latenten Aneurysmen entdeckt werden. Im Falle Letulle's wurde mit Rücksicht auf eine linksseitige Recurrenslähmung und sonstige Zeichen eines Mediastinaltumors radiographirt, da jedoch der Schatten nicht pulsirte, die Diagnose eines Aneurysma von drei competenten Radiologen ausgeschlossen. Bei der Operation stellte sich jedoch heraus, dass es sich thatsächlich um ein Aneurysma handelte. Die Section zeigte dann, dass das Aneurysma in Folge seiner innigen Verwachsung mit der prävertebralen Fascie an der Pulsation gehindert war. Es ist daher angezeigt, immer an Aneurysma zu denken und dasselbe nur auszuschliessen, wenn gewichtige Gegengründe vorhanden sind.

LAUTMANN.

2) **Apostolos G. Apostolides. Aetiologie und Pathogenese des Bronchialasthmas. (Etiology and pathogenesis of bronchial asthma.)** *Medical Record. 21. Sept. 1912.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass idiopathisches Bronchialasthma die Folge einer angeborenen Erregbarkeit der corticalen Athemcentren ist, hervorgerufen durch eine Toxämie, die ihren Ursprung hat in Störungen der inneren Secretion gewisser Drüsen (Thymus, Schilddrüse etc.); er glaubt, dass er in mindestens zwei Fällen seiner persönlichen Beobachtung das thatsächliche Bestehen dieses Mechanismus beweisen könne. Er erinnert an die Experimente von Weichardt und Besche, die mittels Injectionen verschiedener Formen von Albumin (Pferdeserum) gezeigt haben, dass das essentielle Bronchialasthma gewöhnlich eine Aeusserung von localer cellulärer Anaphylaxie der Lungen ist. Als Stützen dieser Theorie werden ferner angeführt die Erfolge von Serumbehandlung bei

Asthma und die Beobachtungen von Landerer und Schittenhelm, dass Asthmaanfälle bei Asthmatikern stets hervorgerufen werden, wenn Injectionen von Pferdeserum gemacht werden. EMIL MAYER.

3) **Chr. Heilskov** und **L. Mahler** (Kopenhagen). **Ueber die endobronchiale Behandlung von Bronchitis und Asthma.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. Bd. 47. S. 67. 1913.*

Bei 3 Patienten mit chronischer Bronchitis und bei 27 Fällen mit Asthma bronchiale wurde Novocain-Adrenalin in der von Ephraim angegebenen Stärke in Trachea und Hauptbronchien eingespritzt. Kurze Mittheilung der 30 Krankengeschichten. Das Resultat der endobronchialen Behandlung bei den 3 Fällen von Bronchitis war folgendes: in 2 Fällen nach 6- resp. 3maliger Behandlung bedeutende Besserung und in 1 Fall nach 3 Sitzungen Zustand unverändert. Ergebniss bei Asthma: bei 5 Patienten nach wiederholter Behandlung Heilung, bereits 1 Jahr anhaltend; bei 10 Fällen nach 2—6maliger Behandlung Besserung und bei 12 kein Erfolg. Die Patienten wurden in der anfallsfreien Zeit bronchoskopirt: es fanden sich normale Verhältnisse in Luftröhre und Hauptbronchien.

Verff. vermuthen gleich wie Ephraim, dass die günstigen Resultate der endobronchialen Behandlung hauptsächlich durch die mechanische und expectorirende Wirkung der Bronchoskopie zu erklären und weniger dem Einfluss des Cocain-Adrenalins selbst zuzuschreiben sind. OPPIKOFER.

4) **Carl Stäubli** (Basel-St. Moritz). **Beitrag zur Kenntniss und Therapie des Asthma.** Mit 4 Abb. *Münchener med. Wochenschr. No. 3. 1913.*

Unter Ausschluss der verschiedenen Formen von cardialer, hysterischer oder anämischer Dyspnoe bespricht Autor eingehend die Pathologie und Symptomatologie des Asthma bronchiale und nervosum, wobei er unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur die verschiedenen ätiologischen Theorien kritisch sichtet. Im zweiten Capitel, der „Therapie“, weist Verf. auf die Bedeutung des Berg- und Reitsports hin, den Werth der Athemübungen im Sinne Saenger's, und die glänzenden Erfolge, die das Höhenklima bei der Asthmabehandlung zeitigt. Unter der medicamentösen Therapie verdient neben dem Cocain-Atropin das Adrenalin an erster Stelle genannt zu werden. Wenn auch bisher die Inhalationsmethode der subcutanen Einverleibung und der directen bronchoskopischen Application in ihrem Erfolg nachstand, so muss doch diese Methode, die allein dem Pat. jederzeit und ohne Gefahr zur Verfügung stehen kann, als die zweckmässigste angesprochen werden, umsomehr als es Verf. gelungen ist, durch eine Modification des Glaseptic-Sprays dem Pat. einen compendiösen Spray in die Tasche zu geben, der bei sparsamster Verwendung des Medicaments ausgezeichnete Erfolge erzielte. Dieser Apparat wird in oder bei Prodromen des Anfalles angewandt und mit einer Mischung von Adrenalin, Cocain und Atropin beschickt. Daneben construirte Verf. noch einen zweiten, noch sparsamer in Bezug auf die Einverleibung des Medicaments functionirenden Spray, der bei noch feinerer Vernebelung die gewöhnliche 1 prom. Adrenalinlösung zerstäubt und mehr der Prophylaxe dienen soll. Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen. HECHT.

5) **Wolff Freudenthal. Weitere Erfahrungen mit der Endobronchialtherapie bei Asthmas. (Further experience with endobronchial therapy of asthma.)** *Journ. american medical association. 21. Januar 1912.*

Verf. kommt auf Grund seiner ziemlich ausgedehnten Erfahrungen zu dem Ergebniss, dass die endobronchiale Asthmatherapie sich in über 50 pCt. der Fälle als wirksam erwiesen hat. Alle diese Fälle waren vorher allen anderen denkbaren Behandlungsmethoden ohne Erfolg unterworfen worden. Wenn es uns gelingt, die „asthmogenen Punkte“ in der Bronchialschleimhaut aufzufinden und wir im Stande sind, sie direct zu behandeln, so gelangen wir schnell zum Resultat; haben wir in dieser Hinsicht keinen Erfolg, so dauert die Behandlung lange und ihr Erfolg ist zweifelhaft. Beherrscht ferner Neurasthenie das Krankheitsbild und ist das Asthma lediglich eines der vielen sonstigen Symptome desselben, so wird unser Versuch gleichfalls sehr schwierig sein. Da Asthma reflektorisch durch Erkrankungen in verschiedenen Körperregionen erregt werden kann, so soll jeder Asthmatiker sorgfältig untersucht und wenn sich grobe Veränderungen in Nase und Hals, im Uterus oder den Verdauungsorganen ergeben, so sollen sie sorgfältig behandelt werden, worauf das Asthma häufig verschwindet. In vielen anderen Fällen jedoch genügt dies nicht. In solchen Fällen erfordern die asthmogenen Punkte in gewissen Theilen des Bronchialbaumes besondere Behandlung und dies wird erreicht durch directe locale Application.

EMIL MAYER.

6) **Winter** (Bad Reichenhall). **Ueber die Entstehung und Verhütung des chronischen Lungenemphysems.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 370. 1913.*

Die dem chronischen Lungenemphysem zu Grunde liegenden Erkrankungen sind in der Hauptsache Bronchitis diffusa und Asthma bronchiale. Im Verlaufe dieser kommt es unter dem Einflusse primärer Störungen im Gefässbaum der Lunge zu Athemnoth, central bedingter temporärer Inspirationsstellung des Brustkorbs mit consecutiver Lungenblähung. Die primäre Gefässschädigung in Verbindung mit mechanischer Ueberdehnung der Lungencapillaren in den stärker geblähten Lungentheilen führt zum Untergang von Capillaren, dem der Schwund von Lungengewebe folgt.

Die vitale Bedeutung der emphysematösen Veränderungen beruht nicht auf einem Elasticitätsverlust der Lunge, auch nicht auf einer Verkleinerung der respirirenden Oberfläche, sondern auf einer primären functionellen Schädigung der Lungengefässe. Diese ist die Ursache der Erschwerung des kleinen Kreislaufs, der Hypertrophie, Dilatation und schliesslichen Insufficienz des rechten Herzens.

OPPIKOFER.

7) **B. Zabel. Bronchialdrüsendiagnostik.** Aus der med. Universitätspoliklinik Jena (Director: Prof. Dr. Lommel). *Münchener med. Wochenschr. No. 49. 1912.*

Verf. fasst seine ausführlichen Erörterungen in folgende Worte zusammen: „Für die Praxis kommt zur Diagnose von Bronchialdrüsenschwellung in allererster Linie die d'Espine'sche Spinalauscultation der geflüsterten Stimme in Betracht, sie giebt noch Resultate, wo alle anderen Verfahren versagen.

Weniger empfindlich ist die Koranyi'sche Spinalpercussion, doch zeitigt auch dies Verfahren bei Kindern, genügende Grösse der Drüsen vorausgesetzt, sichere Ergebnisse. — Allgemeinsymptome und das gesamte klinische Bild sind nicht zu vernachlässigen. HECHT.

8) G. Bilancioni. **Das graphische Studium der Athmung bei Stenosen der oberen Luftwege. (Le studio grafico del respiro nelle stenosi delle prime vie aeree.)** *Policlinico. 1912.*

Verf. hat systematische graphische Aufnahmen der Athmung bei Stenosen der oberen Luftwege bei 20 Individuen gemacht und zwar bei 6 Individuen mit Adenoiden, 2 mit Nasengeschwülsten, 7 mit organischen Stenosen des Kehlkopfs, 5 Tracheotomirten. Aus seinen Untersuchungen zieht Verf. folgende Schlüsse: 1. Die Athmung bei adenoiden Vegetationen erleidet erhebliche Modificationen, die vor allem in äusserster Unregelmässigkeit des Rhythmus und besonders in einer Abnahme der Frequenz und verschiedener Weite der Excursionen bestehen. 2. Bei Kehlkopfstenosen verschiedener Natur wird die Athmung tiefer, häufiger, bewahrt aber ihren Rhythmus. 3. Nach der Tracheotomie hat man eine Umkehrung des physiologischen Rhythmus mit Vorwiegen der inspiratorischen Phase über die exspiratorische; die Athmung wird seltener und oberflächlicher. CALAMIDA.

9) **Albert Caan** (Frankfurt a. M.). **Zur Behandlung maligner Tumoren mit radioactiven Substanzen.** Aus dem Samariterhaus zu Heidelberg. (Director: Geh.-Rath v. Czerny). *Münchener med. Wochenschr. No. 1. 1913.*

In seinem gelegentlich der 14. deutschen ärztlichen Studienreise gehaltenen Vortrage erörtert Verf. eingehend die chemischen und physikalischen Eigenschaften des Mesothoriums, sowie des Thorium X, deren therapeutische Anwendung, Technik und Dosirung und berichtet über die Erfolge, die mit diesen Präparaten in Heidelberg bei einer grossen Zahl Tumorkranker, unter denen sich auch eine Reihe einschlägiger Erkrankungen der oberen Luftwege und des Digestiontraktus befanden, erzielt wurden. Verf. betont indess, dass trotz aller bisheriger Erfolge „die Mesothorium- bezw. Thorium X-Behandlung bei operablen Tumoren das Messer des Chirurgen nicht verdrängen soll; sie soll hier nur eine ergänzende Methode der Radicaloperation bilden, während sie bei inoperablen Erkrankungen als selbstständige Methode dienen soll." Bezüglich Details sei auf das Original verwiesen. HECHT.

10) **K. Kofler** (Wien). **Erfahrungen mit der Radiumbehandlung der Chiari'schen Klinik bis zum Ende des Jahres 1912.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 244. 1913.*

Bestrahlt wurden bis heute im Ganzen 29 Fälle von Erkrankung der oberen Luft- und Speisewege; bei 4 Fällen von Sklerom der oberen Luftwege, bei einem Fall von tuberculösem, tief ulcerirtem Geschwür der Nasenspitze, bei einem Fall von grossem Haemangioma cavernosum linguae waren die Erfolge mit Radium sehr günstige. Wenig beeinflusst wurden dagegen mit Radium die Schmerzen bei Stirnhöhlenaffectionen (8 Fälle). Ein Fall von Cancroid der äusseren Nase zeigte

bedeutende Besserung; Patient entzog sich aber der weiteren Behandlung. Bei 3 Lymphosarkomen der Tonsillarregion mit grossen Drüsenmetastasen sah Verf. keine Besserung.

Unter den 11 Carcinomen wurden, wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, in 6 Fällen (in diesen 6 Fällen Carcinom 4 mal in Kieferhöhle oder Nase, 1 mal in Pharynx, 1 mal in Larynx) Heilung erzielt; doch lässt sich aus den Krankengeschichten herauslesen, dass entweder diese Fälle auch operirt worden sind oder die Beobachtungsdauer nach der Radiumbehandlung eine noch zu kurze ist. Immerhin war doch die Beeinflussung des Carcinomgewebes durch Radium deutlich zu beobachten, und Verf. hat die Ueberzeugung, dass in diesen bereits durchwegs vorgerückten Fällen ohne Radium ein baldiges Recidiv eingetreten wäre. Auch hat das Radium den Vortheil, dass die Schmerzen bei einem Theil dieser Fälle beseitigt oder gemildert werden. Fast ausnahmlos wurden starke Radiumpräparate mit sehr langer Applicationsdauer verwendet, ohne üble Nebenwirkungen zu sehen.

OPPIKOFER.

11) **Th. Brinch** (Esbjerg). **Behandlung der internen Tuberculose mit absorbirter Lichtenergie. (Behandling af intern tuberkulose med absorberet Lysenergi.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 6. 1913.*

Der Verf. entschloss sich zur Behandlung auf Grund der Hypothese, dass die Ursache des Einflusses der Sanatorienkur auf die Lungentuberculose und besonders die Wirkung des Aufenthalts an der Küste auf die Kindertuberculose darauf beruhen, dass die Luft an diesen Orten viele ultraviolette Strahlen absorbire. Einen Anhaltspunkt für diese Theorie habe man daran, dass die Menschen an den Küsten besonders sonnengebräunt würden, was ja von diesen Strahlen herrühre (cf. Semon's internat. Centralbl. f. Laryngologie. 1913. No. 2). Er berichtet von einem Fall von ausgedehnter Kehlkopftuberculose, bei dem seiner Meinung nach die pathologischen Zustände im Kehlkopf geheilt worden seien und besonders die Schlingbeschwerden abgenommen hätten.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

12) **Rob. Leroux. Die directe Laryngoskopie. (L'ortholaryngoscopie autostatique.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXV. No. 1.*

In grossen Zügen wird zuerst das Princip der Killian'schen Schwebelaryngoskopie beschrieben. Hierauf theilt Verf. ganz flüchtig am Schlusse eines kurzen Artikels mit, dass er „die Ortholaryngoscopie autostatique" ausführt, aber ohne den Galgen. Er hat sich von Bruneau einen Cric (Sperrhebel) construiren lassen, der an einem Mundsperrer fixirt ist und die Zunge hebt, indem er sich zwischen Zungenbasis und Vallecula einschiebt. Auf diese Weise hat Verf. denselben freien Einblick in den Kehlkopf und den Pharynx wie bei der Schwebelaryngoskopie mit vollkommener Freiheit seiner Hände. Wie gesagt, enthält der Text nur 4 Zeilen Beschreibung.

LAUTMANN.

13) **Louis G. Kaempfer. Schwebelaryngoskopie. (Suspension laryngoscopy.)** *New York medical journal. 4. Januar 1913.*

Eine Beschreibung der Technik des Verfahrens, seiner Indicationen und

Vortheile, nach den Eindrücken, die Verf. auf der Killian'schen Klinik gewonnen hat.

EMIL MAYER.

14) **Wolff Freudenthal. Persönliche Erfahrungen mit Schwebelaryngoskopie. (Personal observations with suspension laryngoscopy.)** *Medical Record. 22. Februar 1913.*

Die drei ersten Fälle betreffen Larynxtuberculosen. Im dritten Fall war eine Ulceration in Localanästhesie curettirt worden; Pat. weigerte sich, über Nacht im Krankenhaus zu bleiben. In der Nacht entstand ein starkes Larynxödem, das ihr sehr erheblich zu schaffen machte. Das Oedem ging aber wieder zurück. Der Fall mahnt aber zur Vorsicht; man soll Patienten mit ausgedehnteren Veränderungen im Larynx zum mindesten über Nacht im Hospital behalten.

Fall IV betraf einen 25jährigen Mann, bei dem 4 Jahre vorher die Tracheotomie wegen Diphtherie gemacht worden war. Völliges Wohlbefinden bis vor drei Monaten, wo allmählich leichte Dyspnoe einsetzte, die noch besteht. Bei der Laryngoskopie sah man unterhalb der Glottis eine grauweisse Membran. Verf. versuchte diese unter Localanästhesie mittels Schwebelaryngoskopie zu entfernen, kam aber nicht zum Ziel, da Pat. zu ängstlich war. Dagegen gelang es, die Trachea zu untersuchen, wobei Verf. zu seinem grossen Erstaunen anstatt der vorher bei der gewöhnlichen Laryngoskopie gesehenen Membran eine Granulationsmasse an der vorderen Trachealwand fand. Ein paar Tage später wurde Pat. narkotisirt, wurde jedoch, bevor noch ein Spatel oder sonst ein Instrument eingeführt war, hochgradig asphyktisch, so dass schleunigst die Tracheotomie gemacht werden musste. Pat. athmete jedoch nicht und wurde nur dadurch zum Leben zurückgerufen, dass mittels eines Elsberg'schen Apparates Luft in die Bronchien gepumpt wurde.

Fall V betraf einen Fall von Kehlkopfpapillom.

Ferner berichtet Verf. über 6 in der Schwebe ausgeführte Tonsillektomien. Als Vorzug dieser Methode rühmt Verf., dass das Blut nach unten in den Nasenrachenraum abfliesst und man die Operation sehr schnell und sicher zu Ende führen kann.

EMIL MAYER.

15) **A. Berthelot** (Paris). **Neue Anwendungen der Milchsäurebacillentherapie. (Nouvelles applications de la bactériothérapie lactique.)** *Revue de méd. 1910.*

Empfehlung von pulverförmigen Einblasungen von höchstens 48 Stunden alten Milchsäurebacillenculturen zur Behandlung von Rhinopharyngitiden und retronasaler Angina des Kindes bei Meningitis cerebrospinalis epidemica.

W. SOBERNHEIM.

16) **Oskar Kallós** (Wien). **Ueber drei neue Instrumente zu endonasalen bzw. endolaryngealen chirurgischen Eingriffen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 232. 1913.*

Beschreibung und Mittheilung 1. eines galvanokaustischen Schlingenschnürers, 2. einer kalten Schlinge und 3. einer Modification des Kahler-Griffes. Firma Leiter, Wien IX, Mariannengasse 11.

OPPIKOFER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

17) **Axenfeld** und **Kahler** (Freiburg i. Br.). **Zur Bedeutung hyperästhetischer Zonen in der Nase für die Augenheilkunde.** *Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde. Januar. S. 93. 1913.*

Nicht nur die eigentlichen krankhaften Veränderungen der Nase, wie Polypen, Hypertrophien, Nebenhöhlenaffectionen etc. haben eine Bedeutung für die Entstehung und Unterhaltung von entzündlichen Reizzuständen und Beschwerden an den Augen, sondern auch bei Hyperästhesie der Nasenschleimhaut, bei Vorhandensein der Killian'schen hyperästhetischen Zonen finden sich häufig Augenstörungen. Durch Aetzungen der „4 Punkte" mit Trichloressigsäure werden die Augenaffectionen günstig beeinflusst. Ein Fall von Blepharospasmus, der Jahre lang vergeblich behandelt worden war, und bei dem sich sehr starke Hyperästhesie der 4 Punkte nachweisen liess, wurde duich Aetzungen vollständig geheilt. Die hyperästhetischen Zonen bleiben für die Kranken oft unbemerkt, sie sind dann erst durch die Sensibilitätsprüfung der Nasenschleimhaut zu erkennen.

KAHLER.

18) **J. van der Hoeve** und **A. de Kleijn. Bemerkungen zur Mittheilung Dr. Irene Markbreiter's: Ueber die bei Nasen- und Nasennebenhöhlenkrankheiten vorkommenden Gesichtsfeldveränderungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 1166. 1912.*

Die beiden Autoren weisen darauf hin, dass Verfasserin die Arbeiten von van der Hoeve und Kleijn stellenweise unrichtig referirt hat. OPPIKOFER.

19) **E. Rübel** (Freiburg i. Br.). **Vergrösserung des blinden Flecks (van der Hoeve's Symptom) und centrales Skotom bei Erkrankungen der hinteren Nebenhöhlen der Nase.** *Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. August 1912.*

Casuistik. W. SOBERNHEIM.

20) **J. Fejér** (Budapest). **Beiträge zu den pathologischen Wechselbeziehungen des Auges und der Nase, vom augenärztlichen Standpunkte betrachtet.** *Gyógyászat. No. 48. 1912.*

Jede einseitige Abnahme des Sehvermögens, bei welcher entzündliche Erscheinungen am Bulbus fehlen, ist auf eine locale Ursache verdächtig. Entscheidend ist die Untersuchung des centralen Farbensinnes. Sind Abnahme des centralen Sehvermögens und eventuelle Neuritis oder Stauungspapille nachweisbar, dann ist die Blut- oder die Lymphcirculation des Opticus behindert. In solchen Fällen soll der Rhinologe um Befund und Rath ersucht werden. POLYAK.

21) **C. Stein** (Wien). **Ein Beitrag zur Pathogenese der von der Nasenschleimhaut ausgelösten subjectiven Ohrgeräusche.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 329. 1913.*

Verf. kommt unter Hinweis auf die in der Litteratur verzeichneten klinischen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen und auf Grund eigener Erfah-

rungen zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Ohrgeräusche können reflectorisch **von** der Nasenschleimhaut aus durch Irritation der Trigeminusverzweigungen im Naseninnern ausgelöst werden.

Sie sind auf die vom Trigeminusgebiete aus hervorgerufene Blutdrucksteigerung, bezw. auf die Autoauscultation der ihr entsprechend verstärkten pulsatorischen Geräusche in den regionären Blutbahnen oder im Liquor cerebrospinalis zurückzuführen.

Voraussetzungen hierfür sind: Hyperästhesie der Nasenschleimhaut und Labilität des Blutdruckes auf der Basis vasoneurotischer Störungen oder organischer Herz- und Gefässerkrankungen; ein begünstigendes Moment bilden pathologische Veränderungen im Schallleitungsapparat wegen der aus ihnen resultirenden Verstärkung der Kopfknochenleitung.

2. Ohrgeräusche können bei Erkrankungen der Nasenschleimhaut auch durch Störungen der Herzaction bedingt sein, die reflectorisch von der Nasenschleimhaut ausgelöst werden.

Ihre Ursache ist in solchen Fällen wahrscheinlich in ungleichmässiger Durchblutung des Hörnervenapparates (durch beschleunigte, verlangsamte oder unregelmässige Schlagfolge des Herzens) oder in ungenügender Blutzufuhr zum Acusticus und seinen Endorganen (durch Vasokonstriktion) gelegen.

3. Die Therapie der von der Nase ausgelösten Ohrgeräusche hat ausser der Bekämpfung des vorliegenden Ohrenleidens und der Entfernung pathologischer Veränderungen in der Nase auch die Beseitigung der Hyperästhesie der Nasenschleimhaut anzustreben, vor allem aber auf die Kräftigung des Nervensystems und die Regulirung der allgemeinen Circulationsverhältnisse bedacht zu sein.

OPPIKOFER.

22) **Bárány** (Wien). **Studien über den Niesreflex.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 129. 1913.*

Verf. beschreibt vorerst den complicirten Vorgang des Niesreflexes und kommt dann speciell auf die Hemmung des Niesreflexes durch anderweitige sensible Reize zu sprechen: wenn man sich die Schleimhaut der Nase reizt und dann im Momente, wo der Niesreflex sich vorbereitet, die Nase oder den harten Gaumen reibt, so kann der Niesreflex unterdrückt werden. Die Hemmung gelingt nicht jedesmal; offenbar darf die Nasenschleimhaut nicht zu stark gereizt werden.

Es giebt verschiedene Arten der Hemmung nervöser Vorgänge: 1. die Hemmung des Herzschlages durch Erregung des Nervus vagus, 2. die willkürliche Hemmung von Bewegungen, 3. die Hemmung der Antagonisten bei Innervation der Agonisten, 4. die Hemmung einer Empfindung durch Hervorrufung einer anderen, 5. die Hemmung eines Reflexes durch einen sensorischen Reiz. Es ist diejenige Art der Hemmung, die eben bei Unterdrücken des Niesreflexes eintritt. Da die Hemmung des Niesreflexes durch sensorische Reize die einzige unzweideutige Reflexhemmung ist, die sich am normalen Menschen studiren lässt, so könnte nach Verf. das genaue Studium dieser Reflexhemmung zu theoretisch, vielleicht auch zu praktisch wichtigen Ergebnissen führen.

OPPIKOFER.

23) **Wm. Wilson. Nasale Kopfschmerzen. (Nasal headaches.)** *Medical chronicle. October 1912.*

Die Arbeit basirt auf einer Litteraturstudie und Beobachtung von 40 Fällen, in denen Kopfschmerzen auf Nasenaffectionen zurückgeführt werden konnten. Es wurden nur solche Fälle ausgesucht, in denen die Diagnose der Nasenerkrankung sicher war und keinerlei sonstige complicirenden Erkrankungen nachweisbar waren. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

a) Druck der mittleren Muschel gegen das Septum verursacht gleichseitigen constanten Stirnkopfschmerz oder ein Druckgefühl über den Nasenbeinen.

b) Chronische Antrumeiterung verursacht entweder Stirnkopfschmerz oder Neuralgie im ganzen Trigeminus.

c) Ethmoiditis mit Nasenpolypen verursacht entweder dumpfen Scheitelschmerz oder Gefühl der Spannung im inneren Augenwinkel.

d) Keilbeinhöhleneiterung verursacht einen Schmerz zwischen den Augen und am Hinterkopf und kann auch einen in die Ohren ausstrahlenden Schmerz hervorrufen.

e) Stirnhöhlenaffectionen verursachen gleichseitigen Stirnkopfschmerz mit Spannung an der Trochlea.

JOHN WRIGHT.

24) **Ritschl** (Freiburg i. Br.). **Ein einfaches mechanisches Mittel zur Bekämpfung der Epistaxis.** *Münchener med. Wochenschr. No. 43. 1912.*

Unter den „Nägeli'schen Handgriffen" — bekanntlich eine von Nägeli ausgebildete und beschriebene Reihe von mechanischen Einwirkungen auf die verschiedensten Körpertheile, die vor Allem bei neuralgischen Zuständen verschiedener Art von Nutzen sein sollen — wirken der „Kopfstützgriff" und „Kopfstreckgriff" sehr energisch anämisirend auf den Kopf und seine Organe. „Die Anämie entsteht nach Nägeli durch eine Ausziehung und Streckung der grossen Halsvenen, ferner durch die Dehnung einer grossen Zahl von Halsnerven und Muskeln". Ritschel glaubt, die fragliche Wirkung der Handgriffe wohl auf eine durch Dehnung des Halssympathicus erzeugte Reizung der Vasoconstrictoren im gesammten Kopfbereich zurückführen zu müssen. Denn wie die Gehirngefässe, so betrifft die Verengerung auch alle übrigen Gefässe des Kopfes, also auch die der Nasenschleimhaut", so dass nach 1—2 Minuten regelmässig prompte Blutstillung bei Epistaxis erreicht wird. „Technisch geht man so vor, dass man vor oder hinter dem sitzenden Patienten stehend, die Hände unterhalb der Kieferwinkel und an den seitlichen Theilen des Hinterhauptes anlegt und nun am Kopf einen gleichmässigen Zug nach oben ausübt. Um die Wirkung zu verstärken, bringt man den Kopf zugleich in eine möglichst nach rückwärts gestreckte Lage, auch damit das Blut Gelegenheit hat, durch den Nasenrachenraum abzufliessen". Die durch die Nägelischen Kopfhandgriffe erzeugte Gehirnanämie kann derartig intensiv werden, dass bei längerer Wirkung der Handgriffe ausgesprochenes Schwindelgefühl, ja Ohnmachtsanfall auftreten kann.

HECHT.

25) **Saathoff** (Oberstdorf). **Zur Bekämpfung des Nasenblutens.** *Münchener med. Wochenschr. No. 45. 1912.*

Verf. empfiehlt für die Fälle, bei denen überhaupt die Blutung ohne Eingriff

zum Stehen zu bringen ist, den von Ritschl empfohlenen Nägeli'schen Kopfstützgriff (Münch. med. Wochenschr. 1913, No. 43) noch damit zu combiniren, dass man den Patienten, mit stark erhobenem Haupte am offenen Fenster sitzend, in tiefen Athemzügen durch die Nase inspiriren, durch den Mund expiriren lässt, wobei man noch zweckmässiger Weise das nicht blutende Nasenloch verschliessen lässt, so dass der ganze Luftstrom an der blutenden Stelle vorbeizieht. Durch die Kälte und den Luftzug wird auf diese Weise die Blutgerinnung beschleunigt. Man muss jedoch Acht geben, dass nicht durch die Summation der beiden stark anämisirend auf das Gehirn wirkenden Verfahren eine Ohnmacht eintritt.

HECHT.

26) **F. Hanszel** (Wien). **Einiges über Blutungen aus der Nase und über ihre Behandlung, mit besonderer Berücksichtigung der von mir angegebenen Ballontamponade der Nase.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 172. 1913.*

Blutungen aus dem Naseninnern lassen sich im Allgemeinen eintheilen in solche, welche durch locale Veränderungen bedingt sind, und in solche, welche durch Störungen mehr oder weniger entfernter Organe auftreten. In der letzteren zweiten Gruppe gedenkt Verf. unter anderen auch der die Menses vicariirenden Nasenblutungen; er konnte einen einzigen einwandfreien derartigen Fall beobachten: 3 Monate hintereinander fanden statt der Menstruation in den regelmässigen Intervallen mässige Nasenblutungen statt und zwar an der Stelle des Locus Kisselbachi.

Die Therapie der Nasenblutungen wird eingehend besprochen und alle die zahlreichen Mittel aufgezählt. Verf. empfiehlt einen von ihm construirten 7 cm langen Ballontampon, der ca. 10 ccm Luft fasst und ad maximum aufgebläht, ungefähr daumendick wird (Instrumentenfirma Leiter, Wien). Eine Röntgenaufnahme zeigt den mit Wismutbrei gefüllten Ballontampon in situ.

Bei spontaner nicht zu profuser Nasenblutung benutzt Verf. mit Vorliebe den rothglühenden galvanocaustischen Flachbrenner.

OPPIKOFER.

27) **Henry R. Boettcher. Ein selbsthaltender Hämostat für den Nasenrachen. (A self retaining post-nasal haemostat.)** *Journ. americ. med. assoc. 16. December 1911.*

Das Instrument besteht im wesentlichen aus einer gebogenen Canüle mit einem Gummibeutel am Ende, der mit Luft aufgeblasen wird.

EMIL MAYER.

28) **Lange** (Greifswald). **Grosser Nasenstein.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 6. S. 292. 1912.*

Sitz: Linker unterer Nasengang. Dimensionen nicht angegeben. Complicirt mit Kieferhöhlenempyem. Ursache nicht nachgewiesen.

ZARNIKO.

29) **Paul Le Jeune. Ein Fall von Nasenstein. (Un cas de rhinolithe.)** *Annales de la société médico-chirurgicale de Liège. Februar/März 1913.*

Ein 2 g wiegender Stein in der Nase eines 17jährigen jungen Mädchens.

Extraction in zwei Fragmenten, die eine Höhle umschliessen; in dem Stein keine Spur eines Fremdkörpers.

PARMENTIER.

30) **L. Simkó** (Budapest). **Fall von Nasenstein.** *Budapesti orvosi ujság. 1912. Beilage Sebészet. No. 2.*

Der Stein war 42 × 30 × 20 mm gross, zur Entfernung war die Incision des Naseneinganges nothwendig.

POLYAK.

31) **Oskar Hirsch** (Wien). **Die operative Behandlung von Hypophysistumoren nach endonasalen Methoden.** *Fränkel's Archiv. Bd. XXVI. H. 3. 1912.*

Diese Arbeit stellt eine Vervollständigung der Arbeit im 24. Bande dieses Archivs dar, indem der Verf. den dort veröffentlichten 4 nach seiner Methode operirten Fällen 22 weitere anfügt. Die Bearbeitung und Schilderung der einzelnen Fälle ist so genau, klar und ausführlich, dass man sich ein absolut genaues Bild der Sachlage machen kann und des Lesens nicht müde wird. Gesichtsfeldbestimmungen, röntgenographische Skizzen, makroskopische und mikroskopische Tumorbilder, schematische, topographische Abbildungen ergänzen den Text.

Verf. gibt seiner septalen Methode, die, wie schon früher referirt, beide Keilbeinhöhlen nach submucöser Septumresection von der Mittellinie auf eröffnet, vor der ethmoidalen Methode (breite Eröffnung einer Keilbeinhöhle nach Ausräumung der Siebbeinzellen derselben Seite) den Vorzug. Von den 26 Operationen verliefen 3 tödtlich, 23 waren von Erfolg begleitet; der Mortalitätsprozentsatz ist geringer als bei den sonstigen Methoden. Was das Heilungsresultat betrifft, so blieben 3 Fälle unbeeinflusst, 5 Fälle wurden 2—6 Monate lang gebessert, bei 14 Patienten besteht die oft sehr bedeutende Besserung seit dem Eingriffe fort, indem Sehstörungen, Störungen der Intelligenz etc. so weit schwanden, dass die Thätigkeit wieder aufgenommen werden konnte. Die längste Heilungsdauer beträgt zur Zeit 2 Jahre. Der Erfolg der Hypophysenoperation hängt nach Ansicht Verf.'s zum grossen Theil von der Art und Ausdehnung des Tumors ab und dementsprechend von der Erholungsfähigkeit der Sehbahnen und der Rückbildungsmöglichkeit der Allgemeinsymptome.

Die grösste Mehrzahl der Tumoren war intracranial entwickelt und zeigte solide Consistenz; von diesen Tumoren kann nur der in der Sella befindliche Theil der Operation zugänglich gemacht werden; hier wirkt die Druckentlastung oft bessernd auf locale Drucksymptome und auch nicht selten auf einzelne Allgemeinsymptome.

Die intrasellaren Tumoren, die keine Sehstörungen verursachen, und im Röntgenbild eine Vergrösserung der Sella ohne Erweiterung ihres Eingangs bedingen, geben für den Dauererfolg die besten Aussichten. ebenso wie cystische, auch intracranial entwickelte Tumoren, bei denen Eröffnung und partielle Abtragung der Cystenwand zur vollkommenen Druckentlastung ausreicht.

W. SOBERNHEIM.

32) **C. Winkler** (Amsterdam). **Hypophysis, Dystrophia genito-adiposa und Akromegalie.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 9. 1912.*

1. Fall von Dystrophia genito-adiposa mit bitemporaler Hemianopsie, Er-

weiterung der Sella auf dem Röntgenogramm. Operation (nach Schloffer-Kocher); Exstirpation einer grossen Geschwulst der Hypophyse (Peritheliom). Heilung der Hemianopsie, Besserung der Fettsucht.

2. Fall von erblichem Gigantismus mit später entstandener (nach dem 60. Lebensjahr!) Akromegalie und Schlafsucht ohne Dystrophie. Erweiterung der Sella. Section (nicht operirt): Adenom der Hypophyse.

Würdigung der Literatur: Hyper- (resp. Dys-) Function des vorderen Theils der Hypophyse führt zur Akromegalie, Hyperfunction des hinteren Theils zur Dystrophia genito-adiposa. In beiden Fällen kann Operation Heilung bringen.

v. GILSE.

33) **O. Lanz** (Amsterdam). **Operative Heilung einer Hypophysengeschwulst.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 9. 1912.*

Beschreibung der Operation des 1. Falles von Winkler. v. GILSE.

34) **F. S. Meyers** (Amsterdam). **Die radiographische Untersuchung bei Geschwülsten der Hypophyse.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 10. 1912.*

Kurze Beschreibung von 3 Fällen von pathologisch geformter Sella turcica mit Abbildung der Röntgenaufnahmen. v. GILSE.

35) **W. M. de Vries** (Amsterdam). **Atrophie der Sella turcica in Beziehung zur Diagnose von Hypophysentumor.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 19. 1912.*

In 2 Fällen wurde bei der Section gefunden, dass die Wand zwischen Sella turcica und dem Sinus sphenoidalis nur aus einer dünnen Membran bestand. Im ersten Falle war bei allgemeinen Hirndruckerscheinungen, wegen vermeintlicher starker Erweiterung der Sella turcica auf dem Röntgenogramm, die Diagnose auf Hypophysentumor gestellt. Operation (nach Schloffa-Kocher). Kein Tumor gefunden. Tod an Meningitis. Section: Tumor des vierten Ventrikels. Bei der Operation war der dritte Ventrikel eröffnet, die Hypophyse nicht erreicht, die Brücke lädirt. Nur der rechtsseitige Sinus sphenoidalis grenzte an die Sella turcica und dieser Sinus lag vor, nicht unter der Hypophyse. Im zweiten Falle bestand ein Kleinhirnbrückenwinkeltumor (im Leben nicht diagnosticirt) und starker Hirndruck. Bei einer Röntgenaufnahme würde sicher auch hier die Sella turcica erweitert gefunden sein. Wahrscheinlich ist eine derartige Atrophie die Folge des Hirndruckes, entstanden auf dieselbe Weise wie Aushöhlungen im Schädel bei den „Herniae cerebri" (v. Recklinghausen, Beneke); die Hypophyse spielt die Rolle einer Hirnhernie. Gerade bei fälschlich gestellter Diagnose einer Hypophysengeschwulst ist die Operation gefährlich. v. GILSE.

36) **J. G. Schnitzler** (Utrecht). **Bemerkungen zum diagnostischen Werth von Abweichungen im Röntgenbild der Sella turcica.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 24. 1912.*

Bei congenitalem Hydrocephalus internus besteht in der Regel Abplattung der Sella turcica. Gleichfalls bei erworbenem Hydrocephalus. Eine Erweiterung

des dritten Ventrikels beim Hydrocephalus kann auch Hemiopie verursachen, sogar Fettsucht, Wachsthumsstörungen, genitale Atrophie. Besondere Vorsicht ist also nöthig bei Deutung des Röntgenogramms.

v. GILSE.

37) **J. Broeckaert** (Gent). **Chirurgische Behandlung der Hypophysistumoren. (Traitement chirurgical des tumeurs de l'hypophyse.)** *Le Larynx. No. 1. 1913.*

Verf., der selbst zur Frage der Hypophysisoperation anatomische Untersuchungen angestellt hat (cfr. dieses Centralblatt. S. 655. 1912) unterzieht die Hirsch'sche Methode einer kritischen Untersuchung, um festzustellen, ob sie in der That den anderen Methoden, insbesondere der transpalatinen Methode, deren Fürsprecher Verf. ist, überlegen sei. Verf. hatte eine endonasale Methode angegeben, bei welcher im Gegensatz zu Hirsch der Zugang zur Keilbeinhöhle dadurch erreicht wird, dass fast das ganze Septum mit den Schleimhautblättern entfernt wird.

Verf. schildert dann die verschiedenen Methoden der transpalatinen Operation (Fritz Koenig, Durante, Kuhn, Modification der Kuhn'schen Operation nach Preysing) und schliesslich seine eigene Modification der Koenig'schen Operation. Diese besteht darin, dass das Gaumensegel von vorn nach hinten völlig gespalten wird, indem der Schnitt an der Uvula vorbeigeführt wird, so dass diese an dem einen der beiden so entstehenden Lappen adhärent bleibt. Die Incision wird auf dem knöchernen Gaumen nach vorn bis halbwegs zu den Schneidezähnen gemacht. Mittels des Raspatoriums werden dann die Schleimhautlappen abgelöst und Sorge getragen, dass sie in der Höhe des hinteren Gaumenrandes gut mobilisirt werden. Es werden nun beide horizontale Gaumenbeine weggemeisselt, das knöcherne Septum weggebrochen und die Keilbeinhöhle in der Mittellinie von ihrer antero-inferioren Fläche aus eröffnet. Dann wird das die Höhlen trennende Septum entfernt und die Convexität des Bodens des Türkensattels eröffnet. Es wird vor allen Dingen darauf hingewiesen, dass die obere Wand der Keilbeinhöhle genau in der Mittellinie eröffnet werden muss. Wenn der Zustand des Pat. es erlaubt, so werden die Ränder der Gaumenwunde sofort genäht.

Gegen die Hirsch'sche Methode macht B. folgende Einwände: 1. Können technische Schwierigkeiten die Operation auf endonasalem Wege unmöglich machen. 2. Kann das Resultat der Operation gleich Null werden wegen der Grössenentwicklung des Tumors. 3. Gestattet der endonasale Weg sehr häufig nur eine sehr unvollständige Exerese des Tumors. Als einen der Hauptvorzüge des transpalatinen Weges rühmt Verf., dass er erlaubt, gegen die Hypophyse in senkrechter Richtung und nicht parallel der Sella turcica vorzugehen. Das künstliche Licht, mit dem man operirt, trifft so direct mitten auf die Sella turcica. Man operirt nicht in einem engen und langen Tunnel, sondern das Operationsfeld liegt offen vor Augen.

Zum Schluss betont Verf., dass für die Wahl des Verfahrens das vorherige sorgfältige Studium der Röntgenaufnahme sehr wichtig sei.

GONTIER DE LA ROCHE.

38) **George McBean. Hypophysentumor vom Standpunkt des Rhinologen. Bericht über einen Fall. (Hypophyseal tumor from the rhinologists point of view. Report of case.)** *The Laryngoscope. October 1912.*

Bei der Patientin sah man post-rhinologisch einen kleinen aus dem Ostium sphenoidale kommenden Polyp. Bei der Sondirung erwies sich der Sinus erkrankt. Es bestand primäre Opticusatrophie, centrale Scotome, subnormale Temperatur, erniedrigter Blutdruck, Adipositas, Trockenheit der Haut. Keine akromegalischen Symptome. Operation: Sublabiale submucöse Septumresection; Entfernung einer grossen Geschwulstpartie aus der Keilbeinhöhle und der erweiterten Sella turcica. Ein Monat später war die Patientin in Folge grossen centralen Scotoms fast blind; ferner nahmen Kopfschmerzen und Gedächtnissschwäche zu. Ein halbes Jahr nach der Operation Exitus. Die Section ergab einen grossen Tumor in der Sella turcica, welcher den Knochen adhärirte und in die Keilbeinhöhle hineingewachsen war.

EMIL MAYER.

39) **Texier. Ueber drei neue Fälle von fibrösen Nasenrachenfibromen mit nasaler Insertion. (Sur trois nouveaux cas de polypes fibromes naso-pharyngiens à insertion nasale.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 2. 1913.*

Mitgetheilt auf dem französischen Congress für Oto-Rhino-Laryngologie. 1912. Siehe Referat.

LAUTMANN.

40) **G. Ferreri. Ueber den Ursprung der Nasenrachenfibrome. (Sull' origine dei fibromi naso-faringei.)** *Atti della clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma. IX. 1912.*

Nach der Anschauung des Verf.'s bestehen zahlreiche Berührungspunkte in der klinischen Entwicklung zwischen adenoiden Vegetationen und Nasenrachenfibromen, was die Vermuthung nahe legt, dass ihnen ein gemeinsamer Ursprung zu Grunde liegt, der zurückzuführen ist auf die zu Neubildungen führende Hyperactivität des lymphatischen Gewebes am Rachendach (adenoide Vegetationen) oder des parostalen, das Os basilare bekleidenden Gewebes (Nasenrachenfibrome) als Folge einer gestörten secretorischen Function der Pharynx- oder Hirnhypophyse. Verschiedene Beobachtungen deuten darauf hin, dass sowohl bei Adenoiden wie bei Nasenrachenfibromen eine hereditäre Veranlagung zu Rachitis besteht. Sowohl die Träger von Adenoiden wie von Nasenrachenfibromen zeigen die klinischen Charaktere der an Skropheln oder Struma leidenden Personen, nach Masini Intoxicationsprocesse in Folge Mangels einer besonderen Drüsensecretion. Die typisch histologische Structur der Nasenrachenfibrome, ihre Entwicklung, das Fehlen von Metastasen gestalten diese Tumoren zu etwas von den wahren Neubildungen Verschiedenem und identificiren sie zu einer angeborenen Anormalität der Gewebe oder einem accidentellen Stillstand derselben in der Embryonalphase. Wahrscheinlich hängen diese Tumoren, wie die Schilddrüsenneoplasmen, von chemischen und biologischen Veränderungen colloider Natur in den Drüsen mit innerer Secretion ab. Ein aufzuklärender Punkt wäre, ob Analogien bestehen zwischen den Skeletveränderungen bei Akromegalie und denen bei Patienten mit Fibromen, besonders an der Schädelbasis. Ein sehr interessantes Studium würde

auch die systematische histologische Untersuchung aller operirten Nasenrachenfibrome sein, um zu sehen, ob sich in ihnen Hypophysengewebe eingeschlossen findet analog den Befunden, die man bisweilen bei adenoiden Vegetationen macht. Zur Stütze seiner Theorie führt Verf. den Fall eines 7jährigen Knaben an, bei dem sich in der entfernten Rachentonsille eine circumscripte Partie anormalen Gewebes fand, die Verf. als Residuum der Hypophyse anspricht. CALAMIDA.

41) **T. Fukutake. Ein Fall von Nasenrachenfibrom, welches in die Schädelhöhle hineinwuchs.** *Japanische Zeitschr. f. Oto-Rhino-Laryng. Bd. 18. H. 3. 1912.*

Ein 17jähriger Mann. Tumorwachsthum seit 2 Jahren, mit Epistaxis angefangen. Tod an Blutverlust kurz nach der extranasalen Operation. Bei der Obduction sah man die Tumorbasis aus der vorderen Fläche des Keilbeinkörpers entspringen. KUBO.

42) **A. de Stella. Einige Betrachtungen über das Nasenrachenfibrom. (Quelques considérations sur le fibrome naso-pharyngien.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXIV. No. 3. 1912.*

In der Einleitung resumirt der Autor die jetzt allgemein bekannten Thatsachen über den nasalen Ursprung des Nasenrachenfibroms. Er glaubt, dass der Tumor eine „sarkomatöse Degeneration" durchmachen kann. Im letzteren Fall kann es zu Adhäsionen mit der Nachbarschaft kommen, die bei dem echten Nasenrachenfibrom nicht vorkommen. Hiernach folgen zwei Krankengeschichten. 16 jähriger Knabe mit total verlegter linker Nasenseite, durch Hämorrhagien stark heruntergekommen, wird nach Abklappung der Nase und Entfernung der Nasenbeine, ansteigenden Oberkieferfortsatzes und Kieferhöhlenwandung operirt. Recidive nach einem Monat. Histologische Diagnose: Fibrosarkom. Im zweiten Falle wurde ein 25 jähriger Mann auf transmaxillo-nasalem Wege operirt. Der Tumor entsprang wahrscheinlich von der Umrandung der linken Choane, füllt das Cavum und die linke Nasenhöhle aus. LAUTMANN.

43) **D. G. Marcello** (Smyrna). **Zur Operation der Schädelbasisfibrome.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 274. 1913.*

Verf. giebt die Krankengeschichte und die Photographie eines Nasenrachenfibroms, das zum linken Nasenloch herausgewachsen war. Der Tumor wurde durch Aufklappen der Nase und Spaltung des Gaumens entfernt. OPPIKOFER.

44) **Virginius Dabney. Fibrom der Nase und des Nasenrachens mit plötzlicher maligner Degeneration. (Fibroma of the nose and naso-pharynx with sudden malignant degeneration.)** *Laryngoscope. Juli 1912.*

14 jähriger Bauernknabe; aus dem linken Nasenloch ragt eine Geschwulst hervor. Nachdem diese mit der Schlinge entfernt war, konnten noch 10 andere ähnliche Geschwülste entfernt werden. Alle diese Geschwülste waren hart, gräulich-roth. Die vorderste Geschwulst hatte ihre Insertion am vorderen Drittel der mittleren Muschel, die anderen Geschwülste waren nur Fortsätze eines Nasenrachen-

fibroms; sie waren alle sehr fest von Structur. Zwei Wochen darauf wurde nach vergeblichen Versuchen, den Nasenrachentumor mittels der von vorn eingeführten Schlinge und des in den Nasenrachen geführten Fingers nach vorn zu ziehen, ungefähr $^2/_3$ des Tumors mittels einer Adenoidenzange entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine rein fibröse Structur, vielleicht mit ungewöhnlicher Entwicklung der fibrösen Bestandtheile. Vier Monate später Exitus. Der Tumor war jetzt deutlich ein Sarkom. Der Tod trat ein infolge Toxämie. EMIL MAYER.

45) **A. Lengyel** (Budapest). **Lymphangiom des Nasenrachenraums.** *Orvosi hetilap. No. 46. 1912.*

Die kleinapfelgrosse Geschwulst inserirte hinter der rechten Tubenmündung circumscript mit einem über 10 mm dicken Stiele. Operation mit der scharfen Zange und Adenotom. Sehr geringe Blutung. Die Diagnose wurde nachträglich aus dem mikroskopischen Befunde gestellt. POLYAK.

c) Mundrachenhöhle.

46) **A. Lohmann** (Kassel). **Die Bedeutung des Rhodans im Speichel.** *Münchener med. Wochenschr. No. 2. 1913.*

In dem ausführlichen Uebersichtsreferat verbreitet sich Ref. unter eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Literatur über die Bedeutung des Rhodans im Speichel sowohl unter normalen Verhältnissen wie bei verschiedenen Erkrankungen und weist auf die erfolgreiche therapeutische Verwendung des „Rhodalzid“ sowohl bei Erkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege wie auch bei bestimmten Allgemeinerkrankungen hin. Diese Rhodan-Eiweissverbindung ist — im Gegensatz zu den anderen Präparaten — sehr haltbar, vollkommen ungiftig und wird gut vertragen; sie sollte in ausgedehnterem Maasse wie bisher Anwendung finden. HECHT.

47) **Klippel** und **Chabrol. Die Parotiskrisen bei der Bleivergiftung. (Les crises parotidiennes des saturnins.)** *Paris médical. No. 6. Januar 1913.*

Neben der chronischen Schwellung der Parotis im Verlaufe des Saturnismus giebt es auch Schwellungen, die ganz wie die Bleikoliken die Eliminationen des Bleis zum Zwecke haben und ganz so wie diese mit Schmerzhaftigkeit und Ausscheidung von Blei im Speichel verlaufen. Die Autoren haben zwei solcher Fälle beobachtet. Eine andere Form, nämlich die ascendirende Form, stellt die Hydroparotitis vor, bei der es zu einer Entzündung und Verengerung des Stenonischen Ganges mit nachfolgender Retention kommt. LAUTMANN.

48) **Schulz** (Mülheim). **Eine seltene Miterkrankung der epidemischen Ohrspeicheldrüsenentzündung.** *Deutsche militärärztl. Zeitschr. 5. März 1913.*

Beschreibung eines Falles, bei dem Erscheinungen auftraten, die Verf. als auf Pankreatitis — eine mässige, vorübergehende Schwellung der Bauchspeicheldrüse — zurückführen zu dürfen glaubt. FINDER.

49) **Okouneff. Ein Fall von multiplen Fibrosarkomen der hinteren Mundhöhle. (Un cas de fibrosarcomes multiples de l'arrière bouche.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXV. No. 1.*

72jähr. Pat. consultirt wegen Hustens und Blutspuckens. Bei der Inspection zeigt sich ein kirschengrosser Tumor, der mit breiter Basis auf der seitlichen Pharynxwand neben dem oberen Rand des hinteren Gaumenbogens inserirt ist und leicht ulcerirte Oberfläche zeigt. Sonst im Pharynx nichts Besonderes, ausgenommen eine starke venöse Congestion und allenthalben zerstreut kleine Knötchen (?) von Stecknadelkopfgrösse. Der Tumor wird excidirt (22. 12. 1910) und histologisch untersucht. Die genaue Beschreibung wird mitgetheilt. Diagnose: Fibrosarkom. Anfangs Mai 1911 zeigt sich ein Recidiv und zwar in Form von breitbasigen Knoten, von denen je einer auf dem vorderen und hinteren rechten Gaumenbogen sitzt. Keine Drüsenschwellung. Operation. Im December 1911 stellt sich Patient vor mit einem Recidiv auf der linken Seite oberhalb der Mandel, von der hinteren Fläche des vorderen Gaumenbogens ausgehend. Alle Operationen wurden durch einfache Exerese des Tumors und Verschorfung der Basis ausgeführt. Pat. starb an intercurrenter Pneumonie, bevor es zum 4. Recidiv kam. LAUTMANN.

50) **L. Harmer** (Wien). **Beitrag zur Kenntniss der Mischgeschwülste des Kopfes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 189. 1913.*

Verf. giebt die Krankengeschichte einer Mischgeschwulst im harten Gaumen mit genauem mikroskopischen Befund. Es handelt sich bei diesen Gaumentumoren, die in der Literatur oft als Endotheliom des Gaumens bezeichnet worden sind, um Mischgeschwülste epithelialer Natur, die durchaus nicht mit dem Parenchym der Parotis zusammenhängen und auch nicht endothelialer Abkunft sind. Herxheimer zählt diese Gaumengeschwülste zu den heterologen Cancroiden; durch diese Benennung wird sowohl der verhältnissmässig gutartigen Natur der Geschwülste als auch ihrer Abkunft von verlagerten Keimen Rechnung getragen. OPPIKOFER.

51) **S. Lawner** (Wien). **Geschwülste in der Gegend des Ostium pharyngeum tubae.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 262. 1913.*

Bei 33 Jahre altem Arzt Cyste, ausgehend vom rechten Tubenwulste und Tubenkatarrh hervorrufend. Abtragung. Heilung. Im Anschluss an diese Beobachtung Berücksichtigung der Literatur der in der Gegend des Ostium phar. tubae vorkommenden Geschwülste. OPPIKOFER.

52) **L. Grünwald. Ein Beitrag zur Entstehung und Bedeutung der Gaumenmandeln.** *Anatom. Anzeiger. Bd. 37. 1910.*

Verf. hat die Entstehung der Gaumenmandeln an Schnittserien der Mandelgegend menschlicher Foeten untersucht. Er kommt zu dem Ergebniss, dass die Tonsillenanlage ausschliesslich dem ventralen Abschnitt der 2. Kiemenspalte angehört (Hammer leitet sie von ihrer dorsalen Ecke ab), da sie nur im Bereiche des Plattenepithels erfolgt, dessen Grenze gegen das den hinteren Abhang der rückwärtigen Falte der Gaumenbucht bedeckende Zylinderepithel scharf aus-

gesprochen ist, da sie im Wesentlichen der dorsalen Fläche der prätonsillaren Falte angehört und da die Tonsillenbucht dem 2. Visceralknorpel eng benachbart ist. Die Anlage ist also analog der Thymusanlage, die auch in den ventralen Taschen der betreffenden Kiemenspalten bei Säugern erfolgt. Trotzdem die Grenzen von Epithel und Mesoderm stellenweise verwaschen sind, eine Basalmembran (Stöhr) also nicht vorhanden ist, sind die Zellen beider Gewebsarten vollkommen unterscheidbar, gehen also nicht ineinander über (Retterer). SCHLUNGBAUM.

53) **K. Tschiassny** (Wien). **Ueber therapeutische Beeinflussung neuropathischer Erscheinungen im Bereiche der Luftwege durch Tonsillectomie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 356. 1913.*

Verf. berichtet über 2 Fälle, bei welchen durch die Tonsillektomie wegen bestehender Tonsillitis chronica nervöse Erscheinungen entfernterer Gebiete zur Heilung gebracht wurden. So verschwanden bei Fall 1 nach der Tonsillektomie sofort und dauernd die Aphonie und der Laryngospasmus und bei Fall 2 das seit Jahren bestehende Asthma. OPPIKOFER.

54) **Leo M. Hurd. Indicationen und Contraindicationen für Tonsillectomie. (Indications and contra-indications for tonsillectomy.)** *Journ. american med. association. Theil II. 21. Januar 1912.*

Wenn es sich um sehr grosse Tonsillen handelt, die die Athmung behindern oder die Entwicklung der Kiefer beeinträchtigen oder Irritation im Rachen verursachen, so genügt in der Mehrzahl der Fälle die Verkleinerung durch Tonsillotomie. Doch muss man daran denken, dass aus dem zurückbleibenden Rest der Tonsille wieder eine Hypertrophie entstehen, oder dass die über dem Stumpf vorhandene Narbe die Drainage der Crypten beeinträchtigen und so zu einer Erkrankung des zurückgebliebenen Theils der Tonsille führen kann. Es scheint also, da das Risico für den Patienten dadurch nicht vermehrt wird, angemessener, die Tonsille ganz zu entfernen. Verf. hat festgestellt, dass in der Zeit von September 1906 bis September 1911 in Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital 11245 Patienten an Tonsillen oder an Tonsillen und Adenoiden zugleich operirt worden sind. Die meisten dieser Patienten wurden in Aethernarkose operirt. Es starben zwei Patienten infolge Status lymphaticus, was durch Autopsie bestätigt wurde; ferner starb einer auf dem Operationstisch, bei dem keine Autopsie gemacht wurde und der Tod auf Rechnung der Narkose gesetzt wurde; bei einem traten wiederholte Blutungen auf mit nachfolgender Pneumonie und Tod. EMIL MAYER.

55) **R. Labbé. Acute Bronchopneumonie nach Tonsillectomie. (Bronchopneumonie aigue consécutive à l'amygdalectomie.)** *Bull. soc. méd. de Paris. 1912.*

Verf. glaubt, dass die Bronchopneumonie, die übrigens in Heilung überging, dadurch zu Stande gekommen sei, dass das Kind ein Eiterpartikelchen oder ein Stück einer inficirten Mandel aspirirte.

Mortier berichtet über eine allgemeine Sepsis mit Mediastinalabscess nach Entfernung der Tonsillen und adenoiden Vegetationen, bacteriologische Untersuchung ergab Streptokokken. Nach 35 Tagen Heilung.

Guisez erklärt die übrigens seltene bronchopneumonische Complication ebenfalls durch Hineinfallen von Fragmenten der Tonsillen resp. adenoiden Wucherungen in die Luftwege. Man soll, um dies zu vermeiden, den Zungenhalter fest auf die hintere Rachenwand aufsetzen und ferner gleich nach der Operation den Kopf des Kindes stark nach vorn beugen. GONTIER DE LA ROCHE.

56) **J. A. Stucky. Einige unerwünschte Nachwirkungen der zu radicalen Tonsillectomie. (Some untoward after-effect of too radical tonsillectomy.)** *The Laryngoscope. October 1912.*

Verf. hat einen Fall gesehen, bei dem nach der von einem bekannten Laryngologen ausgeführten Tonsillektomie eine fünf Wochen andauernde Facialislähmung vorhanden war. Nach der Operation war eine Zellgewebsentzündung entstanden und zwei Monate später sah das Narbengewebe zwischen vorderen und hinteren Gaumenbögen so aus, wie man es bei syphilitischen Ulcerationen sieht. In drei Fällen war besonderes Gewicht auf eine Verbesserung der Stimme gelegt worden. Der eine dieser Fälle betraf einen bekannten Sänger, der infolge der Operation einen halben Ton seiner Stimme verloren hatte, in den anderen beiden bestand in Folge Zerrung der Narben und Beeinträchtigung der Gaumenbewegungen Unbequemlichkeit beim Schlucken. In einem Fall war die Zerrung um die Rosenmüller'sche Grube so stark, dass ein partieller Tubenverschluss entstand mit subjectivem Ohrgeräusch. In drei anderen Fällen war die Uvula mitentfernt worden. In zwei weiteren Fällen hatten der Tensor palati und die Levatoren ihren Tonus soweit eingebüsst, dass mehrere Wochen lang Flüssigkeiten durch die Nase zurückkamen. In einem anderen Fall trat einige Stunden post operationem der Tod infolge Blutung ein, in zwei weiteren Phlegmone des ganzen äusseren Halses und in 9 secundäre Blutungen, die eine zweite Narkose und Unterbindung eines spritzenden Gefässes resp. Zusammennähen der Gaumenbögen erforderlich machten.

Von diesen Fällen, die von anderer Seite operirt wurden, hat Verf. zum Theil durch die Operateure selbst Kenntniss erlangt. EMIL MAYER.

57) **W. S. Franklin. Operative und postoperative Tonsillarblutung. (Operative and post-operative tonsillar hemorrhage.)** *California state journal of med. November 1912.*

Verf. näht in jedem Fall die Gaumenbögen zusammen. Er wendet sich gegen die Anwendung des Miculicz'schen Hämostaten, den er als ein „altmodisches und barbarisches“ Instrument bezeichnet und gegen den Gebrauch chemischer Hämostyptica. EMIL MAYER.

58) **J. D. Rolleston. Ein Fall von tödtlicher Blutung aus dem Hals. (A case of fatal haemorrhage from the throat.)** *Brit. journ. of childrens diseases. Februar 1913.*

Ein 6jähriges Mädchen wurde mit Belägen auf Tonsillen und Uvula im Krankenhaus aufgenommen; Injection von 16000 I.-E. Antidiphtherieserum. Die Beläge stiessen sich ab und es blieben tiefe Ulcerationen auf Tonsillen und Uvula. Drei Tage später plötzlich abundante Blutung aus dem Munde und Exitus. Es waren

weder Vicentsche Bacillen noch Diphtheriebacillen in den Culturen gefunden worden, sondern nur Kokken. Sectionsbefund: Abscesshöhlen in beiden Tonsillen, Ulceration der Uvula, des weichen Gaumens, der Epiglottis, der Valleculae und aryepiglottischen Falten. Tiefe Ulceration der laryngealen Portion des Pharynx, so dass das Muskelgewebe frei lag. Drei kleine oberflächliche Ulcerationen über dem rechten Stimmband. Der genaue Sitz der blutenden Gefässe konnte nicht festgestellt werden, jedoch fand sich keine Erosion der Carotis externa, interna oder Vena jugularis. Der Befund an Lungen und Herz zeigte, dass der Tod infolge Asphyxie eingetreten war.

Verf. schliesst in seinem Fall Diphtherie, Scharlach und Angina Vicenti aus und hält ihn für eine sogenannte Pseudodiphtherie (Welch und Schamberg), die gewöhnlich durch Streptokokken verursacht wird. FINDER.

d) Diphtherie und Croup.

59) **R. G. Wiener. Die Anwendung von Bouillonculturen des Staphylococcus pyogenes aureus bei Diphtheriereconvalescenten und Bacillenträgern. (The use of a bouillon culture of Staphylococcus pyogenes aureus in diphteria convalescents and bacillus carriers.)** *New York state journ med. Febr. 1913.*

Bei einem Kind, das wegen Diphtherie mit 5000 I.-E. Antitoxin behandelt worden war, und bei dem die Membranen darauf verschwunden waren, und auch sonst keine klinischen Erscheinungen mehr bestanden, waren 9 in den folgenden drei Wochen angelegte Culturen positiv, trotz der Application von Silberlösung, verschiedenen Sprays und Gurgelungen. Drei und eine halbe Woche nach Beginn der Erkrankung wurde begonnen, eine 24 Stunden alte Cultur von Staphylococcus pyog. aureus als Spray zu benutzen, seitdem wurden die Culturen aus dem Halse negativ. EMIL MAYER.

60) **W. H. Park. Antitoxinanwendung. (Antitoxin administration.)** *Boston medical and surgical journal. 16. Januar 1913.*

Verf. betont vor allen Dingen die Nothwendigkeit, eine genügend grosse Dosis auf einmal zu injiciren und zwar in schweren Fällen intravenös. Um die Verschiedenheit der Wirkung bei einmaliger Injection einer grossen Dosis und mehrerer kleiner Dosen zu illustriren, spritzte Verf. zwei Ziegen; die eine bekam subcutan 15000 J. E. auf einmal, die andere vier Mal 5000 J. E. in achtstündigen Intervallen. Bei der ersteren fanden sich nach Ablauf von 18 Stunden in jedem Cubikcentimeter Blut 12 Einheiten, bei der anderen nur $3^1/_2$ Einheiten. Erst am Ende des dritten Tages gleicht der Effect von 2000 J. E. in refracta dosi dem von 15000 J. E., die auf einmal gegeben wurden. Verf. meint, dass, wenn wir überhaupt in die Lage kommen, eine zweite Dose anzuwenden, dies ein Zeichen dafür sei, dass die erste Dosis nicht kräftig war. Er glaubt ferner, dass ein gut Theil der Wirkung, die man der zweiten und dritten Dosis zuschreibt, in Wahrheit auf Rechnung einer weiteren Resorption der ersten Dosis zu beziehen ist. Was die intravenöse Injection betrifft, so schätzt Verf., dass 5000 J. E. intravenös gegeben dem Effect von 20000 subcutan verabfolgten J. E. gleichkommen. Die intravenöse Injection sollte in allen Fällen von maligner Diphtherie gemacht werden. EMIL MAYER.

61) **Goldmann** (Iglau). **Zur Frage der Serumtherapie der Diphtherie.** *Med. Klinik. No. 13. 1913.*

Bemerkungen zu dem Artikel von Reiche in Nr. 1 und 2 der Medicinischen Klinik. SEIFERT.

62) **Sittler** (Colmar). **Die Behandlung der Diphtherie. Behandlung des diphtherischen Croups.** *Fortschr. d. Med. No. 14. 1913.*

Ebenso wie bei der Therapie der übrigen diphtherischen Erscheinungen hat auch die Behandlung der diphtherischen Larynxstenose in erster Linie der Indication einer möglichst frühzeitigen Seruminjection zu genügen. Bei Fällen mit schwerster Cyanose wird vor allem die Tracheotomie oder die Intubation erforderlich sein, woran dann die Seruminjection angeschlossen werden kann. Die Allgemein- und die Localbehandlung sowie die Tracheotomie, Intubation und Nachbehandlung finden in dem Aufsatz ihre Bewerthung. SEIFERT.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

63) **V. Frühwald** (Wien). **Beiträge zur Kenntniss des Säugethierkehlkopfes. Tapirus americanus, Rhinoceros unicornis, Loxodon (Elephas) africanus.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 149. 1913.*

In der Arbeit von Albrecht über die vergleichende Anatomie des Säugethierkehlkopfes fehlt wohl wegen der Seltenheit des Materiales die Beschreibung der Kehlköpfe des Tapirs, Rhinozeros und des Elefanten. Verf. füllt nun diese Lücke aus und giebt Abbildung und Beschreibung dieser Kehlköpfe. OPPIKOFER.

64) **G. Ferreri. Wirkung einiger Drüsen mit innerer Secretion auf die Entwicklung des Kehlkopfs. (Azione di alcune ghiandole endocrine sullo sviluppo della laringe.)** *Atti della clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma. IX. 1912.*

Verf. hat Untersuchungen angestellt, die zeigen sollen, wie sich nicht nur das Scelett, sondern auch die Schleimhaut, das Drüsensystem und die Nervenendigungen des Kehlkopfs bei Hähnen, Kapaunen und Kücken verhält. Die Untersuchungen zeigen, dass die schon von früheren Beobachtern gemachten Feststellungen über die Veränderungen des Kehlkopfsceletts nach Castration zutreffend sind.

Bei einem Hahn, dem die Thymusdrüse entfernt wurde, fanden sich sehr auffallende Veränderungen der Weichtheile des Larynx, besonders des Epithels, der Muskeln und Drüsen.

Verf. will mit seinen Untersuchungen zu weiteren Studien über den Einfluss der Drüsen mit innerer Secretion auf den Kehlkopf anregen; er denkt dabei auch an gewisse Krankheitszustände (Adenoidismus, Akromegalie etc.). CALAMIDA.

65) **E. Lautenschläger** (Frankfurt a. M.). **Ein Fall von Doppelbildung der Stimmbänder.** *Fränkel's Archiv. Bd. 26. H. 3. 1912.*

Unter den Stimmlippen, die leicht geröthet erschienen, lag jederseits noch ein schneeweisses, sehnig glänzendes Band, das von der vorderen Commissur bis

an den Processus vocalis heranreichte, in einer Entfernung von 1 mm, von den oberen durch eine Furche getrennt. Wahrscheinlich angeborener Zustand, leichte Heiserkeit bedingend. W. SOBERNHEIM.

66) **Mermod. Das Vorstossen der Zunge in der indirecten Laryngoskopie. (La propulsion de la langue dans la laryngoscopie indirecte.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXIV. No. 2. 1912.*

Zum sicheren Operiren im Kehlkopf gehört der unbehinderte Einblick in den Kehlkopf. Um die aufgelagerte Epiglottis zu heben, hat Verf. seiner Zeit einen Epiglottisheber angegeben. Heute empfiehlt er einen Haken, der den Zungenbogen an der Basis umspannend zwischen Zungenbasis und Epiglottis angelegt, einen Zug auf die Zungenbasis auszuüben gestattet, der gleichzeitig die Epiglottis aufrichtet. Die indirecte Laryngoskopie ist unter diesen Bedingungen noch immer als diejenige zu bezeichnen, die zur normalen endolaryngealen Behandlung verwendet werden muss, während die Autoskopie und Schwebelaryngoskopie höchstwahrscheinlich Ausnahmemethoden bleiben dürften. LAUTMANN.

67) **E. Pollatschek** (Budapest). **Directe Kehlkopfoperationen.** *Orvosi hetilap. No. 49. 1912.*

In der ersten Serie seiner Operationen hat Verf. mit Hilfe des Brünings'schen Elektroskops gearbeitet. Zur Untersuchung ist Killian's Rinnenspatel sehr gut brauchbar, bei der Operation wendete er aber ausschliesslich den von Brünings an. Der Gegendrücker wurde besser durch die Hand des Assistenten ersetzt. Das Verfahren wurde am häufigsten bei tuberculösen Veränderungen des Kehlkopfes angewendet. Auch bei Papillomen waren die Erfolge besser, als mit den indirecten Methoden, doch nicht zu vergleichen mit den Resultaten, welche Polyák mit Radium erreichte.

Seit Killian's Publicationen arbeitet Verf. mit Hilfe der Schwebelaryngoskopie und ist jetzt im Stande, mit geraden und kräftigen Instrumenten bimanuell im Kehlkopfe zu operiren. POLYAK.

68) **Hegener** und **Panconcelli-Calzia** (Hamburg). **Die einfache Kinematographie und die Strobokinematographie der Stimmlippenbewegungen beim Lebenden.** *Vox, Internat. Centralbl. f. experiment. Phonetik. H. 2. 1913.*

Mittels einer neuen, besonders dazu geeigneten Lichtquelle gelang es, ein körperliches Bild der einzelnen Bewegungsphasen der Stimmlippenaction zu erhalten, ferner die Bewegungen selbst zu analysiren und zu reproduciren. SEIFERT.

69) **Hermann Gutzmann** (Berlin). **Untersuchungen über das Wesen der Nasalität.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 1. 1913.*

Die Schlüsse aus den in der ausführlichen Arbeit mitgetheilten Thatsachen werden ungefähr folgendermaassen zusammengefasst:

A. Zur Methodik. 1. In den bisherigen Forschungsergebnissen über das Wesen der Nasalitat finden sich so viele einander widersprechende Ergebnisse, dass

eine systematische und umfassende Untersuchung der Frage aus wissenschaftlichen und aus practisch-therapeutischen Gründen angezeigt erscheint; dabei muss allerdings eine einwandsfreie und stets leicht controlirbare Methodik die Grundlage geben. Dies kann bis jetzt nur mit leicht reversiblen und exact abzeichenbaren phonographischen Glyphen geschehen. — 2. Die zur Zeit bequemste und die sicherste Grundlage für die mathematische Analyse liefernde Methodik besteht in der Umwandlung der phonographischen Glyphen in Russschrift mittels einer 300—1000fachen Höhenvergrösserung. Bei dem hier benutzten Apparat muss aber vor der mathematischen Analyse eine Umwandlung der Bogenordinaten, mit denen der Vergrösserungshebel die Curven zeichnet, in rechtwinklig zur Basis der Curven stehende Ordinaten erfolgen. Dies geschieht in einfacher und schneller Weise durch einen besonders construirten Zeichenapparat, der an jedem Mikroskop angebracht werden kann.

B. Ergebnisse zur Auffassung der Nasalität. a) Klinisch-therapeutische Ergebnisse. 1. Wir können klinisch 3 Hauptformen der Nasalität unterscheiden: Rhinolalia aperta, clausa und mixta. Die sorgfältige Unterscheidung aller Haupt- und Unterarten ist für die Indication von Operationen in Nase und Nasenrachenraum unerlässlich. 2. Obturatoren, um bei angeborener Gaumenspalte die Rhinolalia aperta zu beseitigen, ergeben die besten Resultate, wenn sie die vorhandene Schlussmusculatur für die Abtrennung des suprapalatalen vom infrapalatalen Resonanzraum allmählich zu immer grösserer Action bringen. — b) Klanganalytische Ergebnisse. 1. Bei der Rhinolalia aperta der Vocale zeigt sich in der Klanganalyse der Hinweis auf hohe Partialtöne, die es bewirken, dass die Klangcurven der mit tieferen Formanten charakterisirten Vocale krauser und complicirter erscheinen, während die bei oraler Bildung mit hohen Formanten versehenen Vocalcurven (z. B. i) bei nasalem Klang einfacher erscheinen. Der suprapalatale Resonanzraum verstärkt demnach bei offenem Näseln höhere Partialtöne, die in der 3. Oktave zwischen „e“ und „h“ liegen. 2. Wird die Nase beim nasalirten Vocal oder beim Resonanten (m, n, ng) verengt oder verschlossen, so fehlen die hohen Partialtöne; ausserdem aber zeigt sich, dass der Grundton dabei so sehr verstärkt wird, dass alle übrigen Partialtöne weit zurücktreten. Dementsprechend haben alle so aufgenommenen Klangcurven der Resonanten eine auffallende Aehnlichkeit. Die so entstehende Rhinolalia clausa der Resonanten wird also durch ähnliche Anordnung der Partialtöne, nicht aber durch einen Formanten charakterisirt.

W. SOBERNHEIN.

70) **Wieser. Paralysis cricoarytaenoidei postici. (Posiedzenie Polsk. T-wa oto-laryngologicznego we Lwowie.)** Sitzung der polnischen oto-laryngol. Ges. in Lemberg. *Tyg. lekarski. No. 35. 1912.*

Demonstration eines kranken Soldaten, der während einer anstrengenden Uebung Schmerz in der Brust fühlte und bei dem zwei Tage später eine Athemnoth bei jeder stärkeren Bewegung sich zeigte. Eine genaue Untersuchung zeigt als Grund eine Lähmung der Musculi cricoarytaenoidei postici — Neuritis der entsprechenden Nervenfasern (Nervus recurrens).

A. v. SOKOLOWSKI.

71) **B. Freystadtl** und **J. Stranz** (Budapest). **Recurrenslähmung in Folge von Stenose des linken venösen Ostiums.** *Orvosi hetilap. No. 38. 1912.*

Die klinische Diagnose ist durch die Obduction bestätigt worden. POLYAK.

72) **O. Kahler** (Freiburg i. Br.). **Zur Kenntniss der combinirten halbseitigen Kehlkopflähmung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 216. 1913.*

58 Jahre alter, früher gesunder Mann. Vorerst Nackenschmerzen, Hustenreiz, Nasenverstopfung, dann Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Frösteln, Fieber. Bei der Aufnahme 38,3, Puls 96. Kopf schief nach links gehalten. Bei Rückwärtsbeugung des Kopfes Schmerz. Rechtsseitige Lähmung von Zunge, Gaumensegel, Pharynx, Kehlkopf und Schultermusculatur. Rhinoscopia posterior gelingt nicht wegen starker Schleimhautvorwölbung an der Pharynxhinterwand. Palpation: eine von der Hinterwand ausgehende tumorartige weiche Infiltration. 2 Tage nach der Spitalaufnahme Somnolenz, stärkere Schluckbeschwerden, beiderseitige Zungenlähmung, heftige Blutung aus dem Nasenrachenraum. Temperatur 39 bis 39,6. Erneute Blutung und durch Aspiration des Blutes Erstickung. Pathologisch-anatomische Diagnose: gangränescirender, retropharyngealer Abscess mit multipler Perforation der Pharynxwand, ausgehend von einer Caries der Schädelbasis (Pars basilaris ossis occip., Pars pyramidalis ossis petrosi dextri). Subdurale Vorwölbung des Abscesses im Gebiete des Foramen jugulare dext., Compression des rechten Nervus glossopharyngeus, vagus und accessorius. Acute, seröse Entzündung des rechten Mittelohres. Arrosion der rechten Carotis interna (?). Frische Blutung in die Abscesshöhle, in den Nasenrachenraum, Rachen, Larynx. Aspiration von Blut in die Trachea und Bronchien. Hochgradige Lungenblähung. Aspiration von Blut in die Lungen. Wassermann negativ.

Im Anschluss an diese Beobachtung bespricht Verf. unter eingehender Berücksichtigung der Literatur die verschiedenen Ursachen der einseitigen Lähmung der Nervi IX—XII. Viel häufiger ist diese Lähmung peripheren als centralen Ursprungs. Unter den peripheren Ursachen sind zu erwähnen vor allem die malignen Tumoren des Nasenrachens, dann Brüche der Schädelbasis (Siebenmann), Messerstiche, Lues, periphere Neuritis, Sinusthrombose und wie bei vorliegendem Fall eitrige Processe der Schädelbasis. OPPIKOFER.

73) **Wachsner. Ueber einen seltenen Fall von doppelseitiger Kehlkopflähmung bei tuberculöser Meningitis.** *Dissert. München 1910.*

Neben meningitischen Symptomen stellten sich bei dem 2 Jahre alten Mädchen schwere Athemnoth, inspiratorischer Stridor und fast vollständige Aphonie ein. Intubation. Kein laryngoskopischer Befund. Die Section und die nachfolgende mikroskopische Untersuchung (Vaguskern, Nervus recurrens, Mm. postici) konnten die Ursache der Kehlkopfsymptome nicht mit Sicherheit feststellen. Die verschiedenen Möglichkeiten der Entstehung einer beiderseitigen Stimmbandlähmung werden besprochen. OPPIKOFER.

74) **Gleitsmann. Recurrenslähmung in Folge von Circulationsstörungen mit Bemerkungen über die neueren therapeutischen Maassnahmen. (Paralysie du nerf recurrent due à des lésions circulatoires.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXV. No. 1.*

Vortrag gehalten an der New York Academy. Sitzung 27. Nov. 1912. Eigene Erfahrungen werden nicht mitgetheilt, nur die bekannten Fälle aus den letzten Publicationen recapitulirt. Unter den therapeutischen Maassnahmen werden erwähnt die Anastomose mit dem absteigenden Hypoglossusschenkel (Navratil), die Section des oberen Kehlkopfnerven, namentlich des Muskelastes zum M. cricothyroideus (Grabower) und Paraffininjection nach Brünings. Kurze Bibliographie.

LAUTMANN.

75) **C. Yorke. Carcinom der Speiseröhre mit completer Kehlkopflähmung. (Carcinoma of the oesophagus with complete paralysis of the larynx.)** *Brit. med. journ. 15. Januar 1913.*

52jähriger Mann, seit 5 Monaten aphonisch, seit 2 Monaten Dyspnoe und seit 1 Monat Dysphagie.

Die Stimmbänder standen unbeweglich in Cadaverstellung und man fand, dass Bismuthbrei in der Höhe der Thoraxapertur stehen blieb, etwas davon aber in die Bronchien eindrang. Pat. starb bald darauf an Dyspnoe. Die Autopsie ergab, dass ein 8 cm langes Carcinom die Vorderwand des Oesophagus einnahm, in die Trachea gewuchert war und deren Lumen verlegte. Es reichte nach oben bis ungefähr $2^1/_2$ cm unterhalb des Ringknorpels. Der rechte Recurrens war direct in die Geschwulst eingeschlossen und der linke in ein Drüsenpacket.

JOHN WRIGHT.

76) **G. Hartwig. Zur Casuistik der Recurrenslähmungen.** *Dissert. Bremen 1910.*

Mittheilung von 2 Krankengeschichten. Bei dem 1. Falle war die Ursache der Recurrenslähmung unklar und bei dem 2. Falle handelte es sich um ein Bronchuscarcinom; der Nerv war in carcinomatösen Drüsen eingebettet.

OPPIKOFER.

77) **M. Koenigstein. Recurrensparese, Tracheoösophagealfistel in Folge eines in den Oesophagus eingeklemmten Fremdkörpers. (Porazenie nerwu zwrotnego, przetoka przetykowotchawiezne wskutek ciata obcego w przetyku.)** *Medycyna. No. 52. 1912.*

Verf. beschreibt einen Fall, in welchem bei einer 29jährigen Kranken ein 2 Jahre hindurch im Oesophagus eingeklemmter Fremdkörper, und zwar ein Gebiss mit 3 künstlichen Zähnen, weder eine lokale noch eine allgemeine Infection und auch nicht die allergeringsten Schluckstörungen verursacht hat, dagegen eine linksseitige Recurrenslähmung in Folge von Druck hervorrief. Nach drei Jahren durchbohrte dei Fremdkörper den Oesophagus und die Trachea und rief eine locale Infection hervor und ferner sodann eine septische Lungenentzündung mit tödtlichem Ausgang.

A. v. SOKOLOWSKI.

78) **Homer Dupuy. Chronische Kehlkopfstenose; Behandlung mittels prolongirter Intubation. (Chronic laryngeal stenosis; treatment by prolonged intubation.)** *Journ. american. med. assoc. Theil II. 21. Januar 1912.*

1. Eine Affection, welche die ausgesprochenen Merkmale von exsudativen entzündlichen Veränderungen mit einer Verengerung des Lumens im subglottischen Raum und des oberen Trachealtheils zeigt, ist in den meisten Fällen die wesentliche Ursache andauernder Kehlkopfstenose bei Kindern. Verf. will dies als eine pathologische Entität an sich aufgefasst wissen, deren wesentliches Merkmal durch die Bezeichnung „Hypertrophische Laryngitis" ausgedrückt ist. Sie muss als Endresultat eines activen entzündlichen Processes aufgefasst werden, der diphtherischen Ursprungs sein kann. Aber auch andere, nichtdiphtherische Ursachen können den Hauptfactor abgeben.

2. Bei Kindern bildet prolongirte Intubation mit einer besonderen Tube (mit einer festhaltenden Anschwellung unten) und unter Benutzung des grössten für das Alter des betreffenden Individuums in Betracht kommenden Calibers beim gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse die besten Aussichten für die Behandlung der Stenose.

3. Wenn trotz der Anwendung besonderer Tuben wiederholte und gefährliche Auto-Extubationen vorkommen, bietet die fixirte Intubationsröhre aus Hartgummi und mit Gold belegt den besten Schutz.

4. Diese Hartgummitube für prolongirte Intubation ist deswegen vorzuziehen, weil Incrustationen rings um die Tube nicht vorkommen und weil die Möglichkeit von Ulcerationen in Folge von Druck auf ein Minimum beschränkt wird.

5. Tracheotomie macht nicht nur keine mechanische Dilatation der verengten Partien, sondern bringt narbige Veränderungen in der Trachea hervor und Deformationen, durch welche die Dinge noch complicirt werden, so dass wir aus der Scylla in die Charybdis kommen.

EMIL MAYER.

79) **D. L. Richardson. Kehlkopfstenose nach Diphtherie. (Laryngeal stenosis following diphteria.)** *Providence medical journal. Januar 1912.*

Die wichtigste Ursache für die Stenose ist hypertrophische Laryngitis, besonders in der Regio subglottica. Weniger häufig sind: Druckatrophie oder Lähmung der Abductoren; Narben oder Stränge.

EMIL MAYER.

80) **Sojo** (Barcelona). **Der plötzliche Tod bei Kehlkopfkrankheiten. (La mort subite dans les maladies du larynx.)** *La Otorinolaringologia. Januar-März 1912.*

Dieses Ereigniss kommt fast ausschliesslich bei Kehlkopfkrebs vor, besonders beim Krebs des Kehlkopfinnern, bevor er seine Gesammtentwickelung beendet hat. Die nicht genügende Sauerstoffversorgung des Blutes wirkt prädisponirend; der Tod jedoch erfolgt in Folge reflectorischer Synkope, deren Ausgangspunkt in den Endverzweigungen der N. laryngis, besonders der oberen, sich befindet, die frühzeitig von der Neubildung betroffen werden.

TAPIA.

81) **W. Giedgowd. Ueber Entwicklung der Trachea und Bronchien bei gesunden Kindern und bei einigen Krankheiten. (O rozwoju tchawicy i oskrzeli udzieci zdrowych i w niektorych chorobach.)** *Medycyna. No. 35. 1912.*

Auf Grund ausführlicher Untersuchungen an 220 Leichen von Kindern, die an acuten Infectionskrankheiten starben, und an 102 Leichen von Kindern, die an Auszehrung in Folge von chronischen Krankheiten starben, zieht der Verf. eine ganze Reihe von Schlüssen über Entwickelung und Veränderungen in der Trachea und Bronchien bei gesunden und bei kranken Kindern. Details müssen im Original nachgesehen werden.

A. v. SOKOLOWSKI.

82) **F. Schlemmer** (Wien). **Ueber einen Fall combinirter Stenosirung der Luftröhre.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 322. 1913.*

Ein 15 Monate alter Knabe, bei dem eine Spina ventosa des rechten Zeigefingers bestand und bei dem allmählich Steifigkeit des Halses und Athemnoth sich eingestellt hatte, musste plötzlich tracheotomirt werden. Die nachfolgende untere Bronchoskopie zeigte 5 cm unterhalb der Tracheotomiestelle eine starke Vorwölbung der Hinterwand der Trachea. Oesophagoskopie: auf der Höhe der Trachealverengerung Vorwölbung der Hinterwand der Speiseröhre, jedoch in viel geringerem Grade als in der Luftröhre. Einlegen eines Mercierkatheters in die Trachea. Baldiger Exitus. Die Autopsie zeigte eine tuberculöse Caries der obersten Brustwirbel mit kaltem Abscess, zudem eine vergrösserte Thymus und eine kirschgrosse vergrösserte Lymphdrüse rechts neben der Trachea, etwas unterhalb der Clavicula. Verf. nimmt an, dass nicht nur der Wirbelabscess, sondern auch die Thymus und die Lymphdrüse zu der Verengerung beigetragen haben, also der Druck auf die Trachea von 3 Seiten her eingewirkt hat.

OPPIKOFER.

83) **St. Clair-Thomson. Eine Tracheotomiecanüle 50 Jahre lang getragen. (A tracheotomy tube worn for fifty years.)** *Journ. amer. med. assoc. 14. Sept. 1912.*

Eine Canüle wurde im Ganzen über 50 Jahre getragen; 16 Jahre lang trug Pat. stets ein und dieselbe Canüle. Die Pat. starb im Alter von 81 Jahren in Folge senilen Marasmus; sie hatte an Bronchitis nicht mehr gelitten, als andere alte Leute. Der Fall zeigt, in wie wunderbarer Weise die Natur für den Ausfall der Nasenathmung Erfolg schafft und dass es manchmal bei Kehlkopfstenose richtiger ist, sich mit dem Tragen der Tracheotomiecanüle abzufinden, als die Pat. dem Risico unsicherer Operationen auszusetzen.

EMIL MAYER.

84) **D. de Navratil. Meine Erfahrungen mit der Tracheotomie bei 50 Fällen. (Mon expérience de la trachéotomie basée sur 50 cas.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXV. No. 1.*

Seit ungefähr 9 Monaten macht der Autor nur noch horizontale Tracheotomie, die vor dem longitudinalen Einschnitt die Vortheile der leichteren Ausführbarkeit und des besseren kosmetischen Effectes hat. Es wird dann die Technik kurz beschrieben, wobei der Autor die Bemerkung macht, dass geübte Assistenten bei dieser Operation immer erwünscht sind. Zum Schluss werden die Schwierigkeiten, die man

manchmal zu bekämpfen hat, an einem Beispiel mitgetheilt (Blutung und Hautemphysem in Folge Hustens bei einem Tuberculösen). LAUTMANN.

85) **Criado** (Madrid). **Neues Verfahren der Kehlkopfintubation. (Nuevo procedimento de intubacion laringea.)** *Revista de medicina y cirurgia practica. März 1912.*

Verf. empfiehlt, den Finger direct auf die hintere Rachenwand zu setzen und ihn von dort nach vorn gegen das Vestibulum laryngis und auf die rechte ary-epiglottische Falte zu richten. Man soll so die Epiglottis heben, ohne die Athmung zu stören. TAPIA.

86) **Moreaux. Ein neuer Intubator.** *Bull. de la soc. de péd. de Paris. S. 293. 1912.*

Die Vorzüge des neuen Intubators sind: 1. Der Mandrin selbst ist röhrenförmig durchbohrt, wodurch der Luftabschluss während der Intubation auf ein Minimum beschränkt ist. 2. Die Höhlung des Intubators steht mit einer an ihm angebrachten Pfeife in Verbindung, so dass sofort constatirt werden kann, ob das Instrument im Kehlkopf liegt. 3. Die Tube wird mittels eines mit einem Haken endigenden Hebels festgehalten, von dem sie sich nach der Einführung automatisch löst. Die Einführung der linken Hand bei der Intubation wird dadurch überflüssig. GONTIER DE LA ROCHE.

f) Schilddrüse.

87) **Schnée** (Frankfurt a. M.). **Neues zur Theorie des Morbus Basedowii.** *Centralblatt f. innere Med. No. 19. 1913.*

In 4 Fällen führte combinirte Antithyreoidin-Pankreonmedication zu befriedigenden Resultaten. Anfangs dreimal täglich vor den Hauptmahlzeiten je eine Antithyreoidin- und Pankreontablette (à 0,5), später zweimal täglich früh und Abends die gleiche Dosis. SEIFERT.

88) **J. F. Schnell. Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Surgical treatment of exophtalmic goitre.)** *American journal of surgery. Sept. 1912.*

Verf. bespricht zunächst die Beziehungen zwischen Genitalorganen und Schilddrüse. Was die Behandlung betrifft, so tritt er für die Operation ein, und zwar macht er die intercapsuläre Thyreoidectomie. Verf. giebt einige Regeln für die Technik der Operation, die er in Aethernarkose macht. Er wendet 2—3 Tage lang ein Drain an und lässt 24 Stunden lang Morphium und Atropin gebrauchen. EMIL MAYER.

89) **F. Aurivez. Chronische Hypothyreoidie. Hertoghe'scher Symptomencomplex. Gehörhallucinationen, manische Anfälle. (Hypothyreoidie chronique Syndrome de Hertoghe. Hallucinations de l'ouie. Accès de manie.)** *Le Scalpel. 19. Januar 1913.*

Die Opotherapie führte Heilung herbei. PARMENTIER.

g) Oesophagus.

90) **Barjou** (Lyon). **Ulcus oder Carcinom der Speiseröhre mit Perforation der Aorta. (Ulcère ou cancer de l'oesophage ayant perforé l'aorte.)** *Lyon médical. 4. August 1912.*

Demonstration des anatomischen Präparates. Verf. weist auf die Seltenheit eines derartigen Vorkommnisses hin. GONTIER DE LA ROCHE.

91) **H. Duchez. Lungengangrän nach Perforation eines Tractionsdivertikels der Speiseröhre. (De la gangrène pulmonaire par perforation d'un diverticule de traction de l'oesophage.)** *Dissert. Paris 1911.*

Mittheilung von 14 Fällen aus der Literatur mit zugehörigem Sectionsbefund. Es handelt sich gewöhnlich um ältere Leute. Da das Tractionsdivertikel in diesen Fällen in Folge Anthrakose oder Tuberculose peribronchialer Drüsen entstanden ist, so sitzt der gangranöse Lungenherd nahe dem Lungenhilus. Das Divertikel kann auch in die Trachea oder in einen Bronchus durchbrechen. Die Diagnose dieser Art von Lungengangrän ist schwer zu stellen, da das Divertikel vor seinem Durchbruch keine Symptome gemacht hat. OPPIKOFER.

92) **O. Brinck. Ueber Fremdkörper im Oesophagus.** *Dissert. Halle a. S. 1911.*

An der chirurgischen Klinik in Halle wurden in den letzten Jahren zwölf Fremdkörperfälle der Speiseröhre beobachtet: In 2 Fällen (verschlucktes Gebiss) wurde die Oesophagotomie vorgenommen und in den übrigen 10 Fällen konnte der Fremdkörper entweder instrumentell mit dem Münzenfänger (1mal eine Münze und 3mal eine Lippenpfeife) entfernt werden, oder es ging der Fremdkörper — es handelte sich durchwegs um Nadeln — auf natürlichem Wege ab.

Bei Fall 1 war das Gebiss durch Oesophagotomie glücklich extrahirt worden; es musste dann aber 5 Wochen nach der Operation wegen hochgradiger Athemnoth („erhebliche Schrumpfungsprocesse im Kehlkopf") die Tracheotomie vorgenommen werden. Die Canüle konnte $1^1/_2$ Jahre nach der Oesophagotomie noch nicht entfernt werden. Bei dem Falle 2 verlief die Oesophagotomie ohne Complication. Es ist sehr zu bedauern, dass die Oesophagoskopie, obwohl ihr Werth in der Arbeit anerkannt wird, nie in Anwendung kam. OPPIKOFER.

93) **E. Botella** (Madrid). **Einige Betrachtungen über zwei interessante Fälle von Fremdkörpern des Oesophagus und des rechten Bronchus. Extraction per vias naturales mittels Endoskopie. (Algunas consideraciones sobre dos casos interesantes de cuerpos extranos del esofago y del bronquio derecho extraidos por la via natural por medio de la endoscopia.)** *Revista clinica de Madrid. 15. December 1911.*

Der erste Fall betrifft ein Knochenstück im Oesophagus, der zweite einen Melonenkern. Extraction in Chloroformnarkose mittels Bronchoscopia superior.

TAPIA.

94) **Jacob** (Lyon). **Tapezierernagel im Oesophagusmund. (Clou de tapissier au niveau de la bouche de l'oesophage.)** *Lyon médical. 29. Sept. 1912.*

Extraction mittels der directen Autoskopie unter Anwendung eines Brünings-schen Spatels.

GONTIER de la ROCHE.

95) **Ratera** (Madrid). **Bedeutung der radioskopischen Untersuchung zur Diagnostik und Localisationsbestimmung der Fremdkörper im Oesophagus. (Importancia de la investigacion radiologica en el diagnostico y localizacion de los cuerpos extranos en el esofago.)** *Revista clinica de Madrid. 1. Juni 1912.*

Verf. hebt die Bedeutung der radioskopischen Untersuchung für die Diagnose der Speiseröhrenfremdkörper hervor; er räth, die Radioskopie mit der Oesophagoskopie bei der Extraction der Fremdkörper zu combiniren und bezieht sich auf einige Fälle, wo dies gelang.

TAPIA.

96) **Sir St. Clair Thomson. Entfernung einer seit $2^1/_2$ Jahren eingeklemmten Zahnplatte durch den Mund. (Removal through the mouth af a tooth plate impacted for $2^1/_2$ years.)** *Lancet. 4. Januar 1913.*

Im Mai 1908 verschluckte die 22jährige Pat. während des Schlafes eine halbe Zahnplatte mit einem Zahn. Sechs Wochen lang bestanden Schmerzen beim Schlucken. Zweimalige Röntgenuntersuchung und eine Untersuchung in Narkose ergaben nichts. Pat. ernährte sich das nächste Jahr nur von Flüssigkeiten und wurde dann (Juni 1909) mit dem Oesophagoskop untersucht; es fand sich jedoch nichts. Im Aug. 1909 bis Juni 1910 ernährte sich Pat. mit Flüssigkeiten, indem sie zweimal täglich sich eine Bougie einführte, um die vermeintlich vorhandene Stenose zu dilatiren. Von Juni 1910 wurde die Zahnplatte mittels des Oesophagoskops entdeckt und vier Monate später unter Cocain entfernt. Sie sass 25 cm von den Zähnen entfernt.

Augenscheinlich waren Sonden und Nahrung durch die Concavität der Platte hindruchgegangen; ihre rothe Farbe hatte ihre Entdeckung erschwert. Es trat völlige Heilung ein.

JOHN WRIGHT.

97) **Paul le Jeune. Fremdkörper der Speiseröhre. (Corps étranger de l'oesophage.)** *Annales de la société médico-chirurgicale de Liège. Februar/März 1913.*

14jähriges Mädchen. Mittels Hypopharyngoskopie entdeckt man eine Stecknadel im Oesophagusmund; Extraction mittels der Brünings'schen Doppelcurette.

PARMENTIER.

98) **Schousboe** (Odense). **Bemerkungen über die Diagnose und Behandlung von Fremdkörpern in der Speiseröhre. (Bemerkninger om Diagnosen og Behandlingen af Fremmedlegemer i Spiseröret.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 14. 1913.*

Verf. theilt 3 solcher Fälle mit. Zweimal handelte es sich um ein Gebiss, wovon das eine 3 Monate in der Speiseröhre gesessen hatte, ohne dass der Patient es ahnte und eine Fistel zwischen der Speiseröhre und der Luftröhre hervorgerufen hatte, die später durch Tracheofissur geschlossen wurde. Einmal handelte es sich um einen Kückenknochen. Alle 3 Fremdkörper wurden durch Oesophagoskopie extrahirt und die Patienten geheilt.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Prof. Dr. A. Onodi** (Budapest). **Die Beziehungen der Thränenorgane zur Nasenhöhle und zu ihren Nebenhöhlen. 45 Präparate in natürlicher Grösse nach photographischen Aufnahmen dargestellt.** Verlag Urban & Schwarzenberg. Berlin und Wien 1913.

Onodi, hat unsere Literatur aufs Neue mit einer ausgezeichneten anatomischen Arbeit bereichert. Dieses Mal hat er „Die Beziehungen der Thränenorgane zur Nasenhöhle und ihren Nebenhöhlen“ als Feld für seine Thätigkeit gewählt. Das Buch enthält 23 Seiten Text, gleichzeitig in Deutsch, Französisch und Englisch geschrieben, im Ganzen 66 Seiten; dazu gehören 45 sehr gute Tafeln in natürlicher Grösse, die den Text sehr gut erklären. Der Text ist in zwei Kapitel getheilt.

Im ersten Kapitel beschreibt Verf. in genauer Weise die Anatomie des Thränensackes und Thränennasenganges und insbesondere ihre Beziehungen zu Orbita, Siebbeinzellen, Kieferhöhle und Naseninnern. Auch wird darauf hingewiesen, wie wichtig die anatomischen Verhältnisse für die operativen Eingriffe sind. Die Nachbarverhältnisse des Thränenweges zu den Nebenhöhlen bei Neugeborenen werden ebenfalls besprochen und in den Tafeln abgebildet.

In dem zweiten Kapitel erwähnt Verf. die verschiedenen pathologischen Zustände, die zu Verschluss resp. Verengerung des Ductus nasolacrimalis führen können. Auch auf die Möglichkeit einer Fortleitung des krankhaften Processes von der Nebenhöhlenschleimhaut auf die Thränenorgane durch die Venennetze und Lymphwege wird aufmerksam gemacht. Die Rolle, die angeborene Knochendehiscenzen der Papierplatte des Siebbeins für die Fortleitung pathologischer Vorgänge spielen können, wird berücksichtigt. Die Complicationen der Nebenhöhleneiterungen, welche die Thränenorgane treffen, werden erwähnt. Dann wendet sich Verf. zu der Behandlung der thränenableitenden Organe, beschränkt sich aber auf die rhinologischen Eingriffe und ihre Indicationen. Er schildert kurz und interessant die Geschichte der Chirurgie des Thränenweges, und dabei wird jeder Autor, der sich mit der rhinologischen Behandlung dieses Specialgebietes beschäftigt hat, erwähnt. Zum Schluss bespricht Verf. die Indicationen für die verschiedenen Operationen.

Hier ist Ref. nicht mit dem Verf. völlig einverstanden. An dieser Stelle möchte Ref. nur bemerken, dass an der Klinik von Prof. Silex in Berlin, die jetzt über 115 intranasale Operationen der Thränenwege verfügt, „die Fensterresection des Ductus nasolacrimalis“, die Verf. für gewisse Fälle für geeignet hält, ganz und gar aufgegeben worden ist; an ihrer Stelle wird die neue Operation: „Die Eröffnung des Thränensackes von der Nase aus“ ausgeführt.

Das Onodi'sche Buch ist in jeder Beziehung interessant und lehrreich, und jeder, der sich mit der Behandlung der Thränenwege beschäftigen will, wird seiner bedürfen. J. M. West.

b) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 14. März 1913.

Vorsitzender: Killian.

Finder demonstrirt einen Patienten mit Schiefstellung des Larynx bei angeborenem musculösem Schiefhalse. Es besteht eine Verkürzung des linken Sternocleidomastoideus, eine Atrophie der linken Gesichtshälfte und eine Verschiebung des ganzen Kopfes nach rechts. Laryngoskopisch sieht man den Kehlkopf nach links verschoben; man sieht direct in den rechten Sinus pyriformis hinein, das rechte Ligam. aryepiglotticum ist ad maximum gespannt und ungefähr dreimal so lang als das linke. Die Rima glottidis steht schief von rechts hinten nach links vorn. Wenn man beim Laryngoskopiren den Larynx dreht, so sieht man die Dislocation sich wieder ausgleichen. F. betrachtet letztere als eine Zugwirkung am Larynx und meint, der Larynx habe sich in seiner Stellung dem ganzen Verhalten des Kopfes adaptirt. Ueber die Art des Zustandekommens dieser Dislocation vermag er Genaueres nicht anzugeben.

Abraham demonstrirt einen Patienten mit carcinösen Tumoren im oberen Rachenabschnitt. Beim Herabdrücken der Zunge sieht man links hinter dem weichen Gaumen eine bohnengrosse röthliche Geschwulst mit höckeriger Oberfläche, eine ähnliche kleinere rechts; dieselben haben ihren Ursprung an den Seitensträngen unterhalb des Tubenwulstes: sie bluten leicht bei Berührung und haben eine derbe Consistenz. Aehnliche wie Papillome aussehende Geschwulstmassen füllen die Rosenmüller'schen Gruben aus und sitzen auch am Rachendach. Die hintere Fläche des weichen Gaumens ist frei, ebenso das Septum und Naseninnere. Es bestehen Drüsenpackete am Halse unterhalb des Kieferwinkels. Seit einigen Tagen zeigt sich, dass die Tumoren von hinten in die rechte Choane hineingewachsen sind.

Discussion über den in der vorigen Sitzung von Sonntag mitgetheilten Fall von Embolie der Arteria centralis retinae nach Hart-Paraffin-Injection in eine Nasenmuschel.

Eckstein: Da in diesem Falle die Embolie nicht im Moment der Injection zu Stande kam, sondern erst 7 Tage später und da die Patientin inzwischen — wie sie behauptet — Schmerzen gehabt hat, die sich vorzugsweise auf die eine Gesichtshälfte erstreckten, hält es E. für ziemlich wahrscheinlich, dass hier ein entzündlicher Process in der Tiefe mit Verstopfung eines Blutgefässes stattgefunden habe. Es könnte sich alsdann ein kleiner Theil des entzündlichen Thrombus, der nicht Paraffin gewesen zu sein brauchte, abgestossen haben und in den Bulbus verschleppt worden sein. Es wäre dies einigermaassen verständlich, wenn es sich um Thrombose einer Vene gehandelt hätte. Man müsste dann an eine Thrombosirung der Vena ophthalmica denken und eine hiervon abhängige Verstopfung der Vena centralis retinae. Viel merkwürdiger liege aber der Fall, wenn es sich — wie hier zweifellos feststeht — um eine Embolie der Arteria centralis retinae handelt. Unter den für das Zustandekommen einer solchen aufgestellten Hypothese hält E. die folgende für die wahrscheinlichste: Es sei etwas Paraffin in eine Arterie gelangt

und da dasselbe bei der Geschwindigkeit der Injection die Capillaren nicht passiren konnte, sei es zu einem retrograden Transport gekommen und das Paraffin sei durch eine der zahlreichen Anastomosen in die Orbita gelangt, sei hier in den Blutstrom der Arteria ophthalmica gekommen und von dieser zufällig in die Arteria centralis retinae. Zunächst also meint E., habe es sich vielleicht um eine Verstopfung einer Arterie auf entzündlicher Basis gehandelt und später sei ein kleiner Thrombus auf die geschilderte Weise in das Auge gerathen.

Für die Praxis glaubt E. wenigstens das Eine aus dem Falle entnehmen zu sollen, dass darauf zu achten sei, ob der Patient an den der Injection folgenden Tagen Schmerzen im Gesicht, insbesondere in der Nasengegend empfinde und dass er alsdann dringend davor zu warnen sei, unnöthige Bewegungen im Gesicht, insbesondere Reiben oder Jucken auszuführen.

Wagener berichtet über einen Fall, bei welchem unmittelbar nach einer Hart-Paraffin-Injection am Nasenrücken der Patient beide Augen zusammenkniff und vorerst nicht zu bewegen war, die Augen wieder zu öffnen. Gröbere Veränderungen am Augenhintergrunde fehlten. Irgendwelche Folgen sind nicht zurückgeblieben. W. vermuthet auch in diesem Falle eine Embolie eines kleinen Gefässes.

Killian bemerkt, dass eine Ozaena-Nase leichter zur Infection kommen könne.

Sonntag stellt fest, dass durch erneute Augenuntersuchung bestätigt sei, dass es sich nicht um eine Thrombose, sondern um Embolie handelt: das arterielle Gefäss zeigt sich deutlich verengert und die Trübung um das Gefäss herum ist noch zu sehen.

Zur Discussion über den Vortrag von West über die Technik der Eröffnung des Thränensacks von der Nase aus bestätigt Halle auf Grund von 10 nach West's Methode mit einer kleinen Modification ausgeführten Operationen die Brauchbarkeit derselben.

Wagener führt in das Thränenkanälchen eine Sonde ein und stösst sie nach der Nase zu durch; man habe dann den Thränensack gewissermaassen aufgespiesst, wodurch man sich die Operation erleichtern könne.

Ritter macht darauf aufmerksam, dass viele Fälle von Erkrankungen der Thränenwege eine Folge der Erkrankung der vorderen Siebbeinzellen sind und in solchen Fällen zunächst die letztere einer Behandlung zu unterziehen sei.

Demgegenüber bemerkt West, dass seine Operation nur ausgeführt werde bei Dacryocystostenose. Wagener's Methode hält West deshalb nicht empfehlenswerth, weil die Knochenwand oft sehr dick ist und man den Kanal verletzen kann.

Halle's Modification hält West für unzweckmässig. Wenn man, wie Halle es thut, einen Schleimhautlappen bilden will, der als Ventil functioniren soll, so muss dieser Lappen entweder in die Nase hineinragen oder muss sich gegen den Sack legen. Beides ist nicht vortheilhaft; je freier das Ganze bleibt, desto besser ist es.

Grabower.

---

c) Rhino-laryngologische Section des Königlich ungarischen Aerztevereins in Budapest.

IV. Sitzung am 19. November 1912.

1. E. v. Tóvölgyi: Fall von Kehlkopferkrankung.

Vor 5 Jahren linksseitige Posticuslähmung, welche sich später zurückbildete. Jetzt seit 2 Monaten heiser. Linkes Taschenband geschwollen, rechte Stimmlippe ödematös. Parese der Mm. laterales. Antiluetische Kur erfolglos angewendet. Wassermann negativ. Lungen frei, keine Drüsen. Wahrscheinlich ist der Fall ein chronischer Kehlkopfkatarrh mit myopathischen Lähmungen.

H. Zwillinger ist derselben Ansicht.

L. Polyák: Die fixirten Arygelenke und infiltrirten Stimmlippen und Taschenbänder machen den Fall für Tuberculose verdächtig. Probeexcision von dem Taschenbande wäre angezeigt.

2. E. v. Tóvölgyi: Fall von Kehlkopftumor.

Die Geschwulst ging vom linken Sin. pyriformis aus und schliesst $^3/_4$ des Kehlkopfeinganges in sich. Mikroskopische Diagnose: Carcinom. Vortragender ist im Princip gegen die Totalexstirpation, welche in diesem Falle überhaupt kaum mehr angezeigt ist.

H. Zwillinger, Z. Donogány und C. v. Láng halten die totale Exstirpation noch für ausführbar. Letzterer ist mehr für diese Art des Vorgehens, weil er nach partieller Resection stets Recidive erlebt hat.

J. Safranek ist auch für die möglichst radicale Therapie.

L. Polyák referirt über drei nach Gluck operirte Fälle, von welchen einer recidivirte.

3. C. v. Láng: Partielle Kehlkopfresection wegen Carcinom.

4. A. Onodi: Ueber perverse Bewegungen der Stimmlippen.

63 Jahre alter Mann, seit 3 Monaten heiser. Befund der Neurologen negativ. Innervationsstörungen liegen nur seitens des Kehlkopfes und der Luftröhre vor. Keine Reflexe bei der Berührung mit der Sonde, die Stimmlippen berühren sich bei der Inspiration, Tonbildung ist nur während der Inspiration möglich. Bei intendirter Phonation entfernen sich die Stimmlippen, und die Glottis erreicht bei dem Versuche, ein J. zu phoniren, die maximale Weite. Patient litt an pleuritischem Exsudate der rechten Seite, wurde Vortragendem mit dem erwähnten Befunde von L. Polyák wegen Controle und Deutung des Befundes überlassen, starb aber, bevor er auf die Klinik hätte aufgenommen werden können, und so konnte, da keine Section stattfand, die organische Ursache der Veränderungen nicht festgestellt werden.

5. A. Onodi: Operirter Fall von angeborener totaler knöcherner Atresie der Choanen.

8 Jahre alter Knabe, Aethernarkose, Resection der rechten unteren Muschel, dann wurde die 1 cm dicke knöcherne Wand mit dem Meissel eröffnet und abge-

tragen. Patient hat zwei Tage lang hoch gefiebert, hat sich dann successive gebessert. Die Nasenathmung ist befriedigend.

Z. Donogány hat zwei Fälle operirt. Im ersten Falle nach Muschelresection und Eröffnung mit dem Meissel hat sich die Oeffnung in einem Jahre verschlossen, im zweiten Falle hat er auch den hinteren Theil des Vomer abgetragen, und der Erfolg blieb dauernd.

6. A. Onodi: Demonstration eines Präparates von totaler Exstirpation des Kehlkopfes wegen Tuberculose.

Ein Fall von sehr bösartig verlaufender Tuberculose des Kehlkopfes, welcher am 14. October von Gluck operirt wurde. Heilung per primam. Die Untersuchung des Präparates rechtfertigt vollkommen die Grösse des Eingriffes.

H. Zwillinger giebt zu, dass Fälle von Tuberculose vorkommen, in welchen auch die totale Exstirpation indicirt sein kann.

K. v. Láng: Die Chirurgen opponiren gegen die totale Exstirpation des Kehlkopfes wohl aus dem Grunde, weil, während das Carcinom eine locale Erkrankung ist, die Tuberculose des Kehlkopfes nur eine Theilerscheinung der Erkrankung des Organismus darstellt.

A. Onodi: Gluck hat in 34 operirten Fällen 11 Heilungen erzielt. Wenn der Zustand der Lungen zufriedenstellend ist, hat der Patient bei der Operation nichts zu riskiren und wird von der quälenden Dysphagie befreit. Im vorliegenden Falle ist Patient 2 Monate nach der Operation an einer acuten Lungenerkrankung gestorben.

7. D. v. Navratil: Fall von Radicaloperation eines Stirnhöhlenempyems, Eiterpulsation bei intacten Knochenwänden.

Die Pulsation wurde wahrscheinlich durch die hyperämische Schleimhaut verursacht.

8. D. v. Navratil: Zwei Fälle von ösophagoskopisch entfernten Knochenfremdkörpern der Speiseröhre.

9. J. Safranek: Fremdkörper in der Speiseröhre.

10. D. Dörner: Fall von Sklerom des Kehlkopfes.

Ausser typischen Veränderungen der Nase, des Nasenrachens und des Rachens ist der Kehldeckel etwas nach einwärts gebogen, Schleimhaut der Aryknorpel verdickt, lappenförmig gegen den Eingang des Kehlkopfes gezogen, welcher dadurch stark verengt ist. Auch der Stiel der Epiglottis ist geschwollen, wodurch die Stenose noch gesteigert wird. Stimmlippen kaum sichtbar, bewegen sich sehr träge. Autoskopisch fällt die hochgradige Härte dieser Veränderungen auf, welche die Einführung der Röhre in den Kehlkopf nicht gestattet. Tracheotomie.

11. A. Lengyel: Fremdkörper im Kehlkopfe.

Die Nadel war zwischen die Stimmlippen parallel mit diesen eingekeilt. Entfernung mit der Zange.

12. A. v. Uthy: Operirter Fall von Fibrom der Schädelbasis.

13. A. Réthy: Ueber Tonsillektomie.

Verf. löst mit seinem Instrumente die Tonsille frei, bis sie auf einem Stiel hängt und trägt dann mit einer starken Schlinge ab. Die Operation wird ausgeführt: 1. Bei öfter recidivirenden Entzündungen; 2. bei chronischer Entzündung, welche mit constanten Gefahren (Nephritis, Polyarthritis) verbunden ist und 3. bei makroskopisch sichtbaren tuberculösen Veränderungen.

I. Sitzung am 28. Januar 1913.

Vorsitzender: A. Onodi.
Schriftführer: A. Lipscher.

A. Wissenschaftlicher Theil.

1. Z. v. Lénárt, Hemilaryngektomie wegen Carcinom.

Untere Tracheotomie und Laryngofission in localer Anästhesie, Umgrenzung des Tumors mit dem Paquelin, Entfernung der Epiglottis, der linken Kehlkopfhälfte und auch eines Theiles der rechten Kehlkopfhälfte, glatter Wundverlauf, Decanulement nach 4 Wochen. Die Stimme ist erträglich, da sich auf der operirten Seite ein fester Narbenstrang gebildet hat.

2. B. Freystadtl: Kehlkopfsymptome bei Fällen von acuter Bulbärparalyse.

Vortragender hat in der Kehlkopfklinik zwei Fälle beobachtet: Im ersten Falle bestand eine Parese der Adductoren der Stimmlippe, und auch die Function des Abductors hat gelitten. Im zweiten Falle waren nur die adductorischen Muskeln der Stimmlippe gelähmt, der Posticus hat tadellos functionirt. In beiden Fällen hat die Parese der Stimmlippenmuskeln gleichzeitig mit der allgemeinen Erkrankung begonnen und sich parallel mit der Besserung der Symptome der acuten Bulbärparalyse gebessert. Die Muskellähmungen in diesen beiden Fällen unterscheiden sich von jenen Lähmungen, welche wir bei organischen Erkrankungen des N. recurrens zu beobachten gewohnt sind. Während bei organischen Erkrankungen des N. recurrens die Adductoren erst nach totaler Lähmung des M. posticus in Mitleidenschaft gezogen werden, bestand hier bei wenig veränderter oder intacter Function des M. posticus eine wesentliche Parese der Adductoren. Sollte sich dieser Befund öfter bestätigen, so wäre dadurch die Annahme plausibel gemacht, dass diese Adductorlähmungen durch Erkrankungen der supranucleären Bahnen verursacht werden.

B. Geschäftssitzung.

1. Vorsitzender stellt fest, dass die neuen Satzungen, durch welche eine Neuwahl des Bureaus — den Secretär ausgenommen — nicht statthaft ist, mit der heutigen Sitzung in Kraft treten.

2. Die Section beschliesst, O. Chiari zu seiner 60. Geburtstagsfeier telegraphisch zu begrüssen.

3. Bericht des Secretärs und des Schatzmeisters wurden verlesen und zur Kenntniss genommen.

4. Wahl des Bureaus. Es wurden für die Jahre 1913 und 1914 gewählt:

Vorsitzender: A. v. Irsai. Zweiter Vorsitzender: L. Polyák. Secretär: L. Lipscher. Schriftführer: L. Laub. Schatzmeister: D. v. Navratil. Bibliothekar: A. Lengyel.

Polyák.

---

d) Vierter Spanischer Congress für Oto-Rhino-Laryngologie.

Bilbao 26.—29. August 1912.

In der ersten Sitzung wurden ausschliesslich otologische Themata behandelt.

II. Sitzung.

Bertrand (Madrid): Alkoholinjectionen zur Behandlung der Dysphagie bei Tuberculose.

B. lässt der Alkoholinjection eine solche mit Novocain und Adrenalin vorausgehen. Die Anästhesie dauert nach seinen Erfahrungen 20 Tage bis 1 Monat an.

Horcasitas (Madrid): Einige Complicationen nach Tracheotomie und deren Behandlung. Nichts Neues.

Botey (Barcelona): Meine Methode der Einpflanzung der Trachea in die Haut bei der totalen Laryngektomie.

Beschreibung einer Plastik, um eine Verengerung der Trachea zu vermeiden, die in Folge der Tracheotomie eintritt.

Tapia: Wenn man nach dem Gluck'schen Verfahren operirt, so giebt es keine Verengerung der Trachea. Er demonstrirt einen von ihm vor einem Jahr operirten Fall, der seitdem keine Tracheotomiecanüle trägt. T. hält das Verfahren Botey's für unnöthig.

Botella, Barajes und Candela stimmen dieser Ansicht zu.

Tapia (Madrid): Einige Betrachtungen über Totalexstirpation des Kehlkopfs.

Die Erfahrungen Tapia's basiren auf 17 nach verschiedenen Methoden operirten Fällen; nur der erste Operirte starb. T. kommt zu dem Ergebniss, dass nach der Gluck'schen Methode sich Mediastinitis und Bronchopneumonie vermeiden lassen. Die unmittelbare Sterblichkeit nach der Operation ist fast Null.

Falgar (Barcelona) durchtrennt die Trachea in schräger Richtung, um das Nähen zu erleichtern.

Botella behauptet, die Gluck'sche Methode sei für weit vorgeschrittene Fälle nicht anwendbar.

Tapia führt mehrere Fälle an, in denen bei dem Bec'schen Verfahren unmittelbar nach der ersten Zeit der Tod erfolgte. Das Gluck'sche Verfahren ist für alle Fälle anwendbar.

Tapia demonstrirt einen Patienten mit exstirpirtem Kehlkopf, der mit lauter Stimme einen Phonationsapparat beschreibt. Die Verlesung geschieht mit Hilfe dieses Apparates, der eine Modification des Gluck'schen darstellt.

III. Sitzung.

Morales (Madrid): Drei Fälle von Aneurysma der Arteria pharyngea inferior.

M. hat seine Patienten durch subcutane Injectionen von 2—4 ccm einer Gelatinelösung (nach Castro) geheilt.

Rodriguez Vargas (Valladolid): Ein Fall von Arthritis crico-arytaenoidea rheumatica.

Mittheilung eines Falles.

Gomez Gereda (Madrid): Maltalaryngitis.

Bericht über drei Fälle. Anwendung eines Serums von Duran de Cottes ergab in allen Fällen ausgezeichnetes Resultat.

A. Martin (Barcelona): Die Rolle der Laryngologen in den Gesangsschulen.

Cantero (Bilbao): Die Behandlung der Kehlkopftuberculose.

C. empfiehlt die Galvanokaustik.

Sargnon (Lyon): Beitrag zur Laryngostomie.

S. giebt eine Uebersicht über seine bereits bei anderen Gelegenheiten mitgetheilten Ansichten.

Santiuste (Santander): Einige Beobachtungen über gewisse Fälle von Kehlkopfexstirpation.

Ein Patient mit einem beide Stimmbänder einnehmenden Tumor musste eiligst tracheotomirt werden; danach besserte sich sein Zustand so, dass ein weiterer Eingriff zunächst nicht gemacht zu werden brauchte. Erst nach 5 Jahren musste die Totalexstirpation gemacht werden.

Orive (Bilbao): Kehlkopfepitheliom; Thyreotomie.

Mittheilung eines Falles; kein Recidiv nach 2 Jahren.

Oller (Barcelona): Spasmen des Speiseröhrenendes und deren Behandlung.

Die Diagnose der Oesophagusspasmen ist nicht immer leicht; sie können mit anderen Erkrankungen verwechselt werden. Bei einem Kranken mit Spasmen des Oesophagus darf niemals eine sorgfältige Untersuchung des Nervensystems und die hereditären und persönlichen Antecedentien vergessen werden, besonders in Bezug auf spastische Störungen an anderen Organen.

Gleichzeitig mit der allgemeinen gegen die Ursache des Spasmus gerichteten Behandlung muss eine locale Behandlung eingeleitet werden, die in einer lang-

samen, schonenden und allmählichen Erweiterung des Oesophagusendes zu bestehen hat unter Vermeidung aller kleinen Verletzungen, durch welche die Situation nur verschlechtert wird.

Diese Erweiterung geschieht am Besten nach vorheriger subcutaner Injection von Morphium und mit Hilfe von abgeplatteten Instrumenten, die sich der Form der oberen Oeffnung des Oesophagus anpassen und nach ihrer Einführung sich aufspreizen lassen.

Falgar (Barcelona): Stellung des Kranken bei der Tracheoskopie.

F. lässt den Patienten rittlings auf einem Stuhl sitzen: zwischen Brust des Kranken und Stuhllehne wird eine Rolle gelegt, gegen welche er Brust und Hals stützt, wodurch die Extension des Kopfes erleichtert wird.

Sargnon (Lyon): Beitrag zur Oesophagoskopie und Therapie bei Narbenstenosen des Oesophagus.

S. behauptet, dass mittels der Endoskopie die Heilung der meisten Verengerungen gelingt; in einigen Fällen muss man die Gastrotomie mit der Oesophagoskopie combiniren, um eine retrograde Dilatation zu bewerkstelligen.

Satien (Santander): Verletzung des Pharynx; Abscess nach unzweckmässigen Manipulationen zur Extraction eines Fremdkörpers im Oesophagus.

Der Fall ist geeignet, zu zeigen, welchen gefährlichen Charakter die Oesophagoskopie in ungeschickten Händen annehmen kann.

Rueda (Madrid): Die Knochentransplantation zur Reconstruction des Nasenrückens.

13jähriges Kind. Angeborener Mangel der Nasenbeine und der Scheidewand. An Stelle der Nase besteht ein Hautlappen. Die Oberlippe ist gespalten. Operation. Der Nasenrücken wird wieder hergestellt, indem man einen Knochenperiostlappen aus der Tibia einpflanzt. Gutes kosmetisches Resultat.

Botey: Anwendung des Neo-Salvarsans in der Oto-Rhino-Laryngologie.

B. setzt die Vortheile der Anwendung des neuen Mittels auseinander.

IV. Sitzung.

Fernandez Vetilla (Bilbao): Exstirpation der Mandeln mittels kalter Schlinge.

V. empfiehlt die Anwendung der von Vacher vervollkommneten Schlinge.

Satien: Anwendung der directen Laryngoskopie in einem Fall von Kehlkopfpolyp.

Mittheilung eines in Chloroformnarkose operirten Falles.

Antoli (Valencia): Betrachtungen über endonasale Chirurgie.

A. spricht über den Unfug der operativen Polypragmasie.

Gereda und Durand de Cottes: Die Vaccinetherapie beim Kropf.

Das angewandte Präparat erwies sich bei einfachen Cystenkröpfen und beim Morbus Basedow als wirksam.

Garcia Vicente (Madrid): Einige Fälle von Angina Ludovici.

V. empfiehlt den frühzeitigen Eingriff von der Mundhöhle aus.

Prada (Madrid): Fall von Sinusitis fronto-ethmoidalis gonorrhoischen Ursprungs.

Die Erkrankung schloss sich an eine Augenblennorrhoe an. Die Therapie war eine chirurgische und medicamentöse.

Galdiz (Bilbao): Acute primäre einfache Laryngitis bei Kindern.

G. bringt 11 Beobachtungen. Die Laryngitis kann subacut werden und eine Woche bis mehrere Monate dauern. Die Prognose ist schlecht. Behandlung: Compressen und heisse Dämpfe; Morphiuminjectionen und im dringenden Fall lieber Intubation als Tracheotomie. Man soll nicht mehr als dreimal reintubiren.

Hernandez (Madrid): Betrachtungen über einige Fälle spastischer Dysphonie.

Vier Fälle auf hysterischer Grundlage bei erwachsenen Männern.

Cimenez (Madrid): Die geistige Regsamkeit bei Kindern mit adenoiden Vegetationen.

In 32 Fällen konnte C. nach der Operation eine Verbesserung der Aufmerksamkeit und in der Beantwortung der Fragen im Schema von Binet constatiren.

Falgar (Barcelona): Ueber den Ursprung der fibrösen Nasenrachentumoren.

Sieben operirte Fälle. Der intranasale Ursprung war ein spheno-ethmoidaler.

Cimenez (Madrid): Bronchialstenose syphilitischen Ursprungs.

Tracheoskopie. Die Stenose sitzt im linken Bronchus dicht unter dem Sporn der Bifurcation. Cauterisation mit Chromsäure. Hg-Injectionen. Erhebliche Besserung.

Hernandez (Madrid): Ueber den angeborenen Stridor laryngis.

Ein Fall nervösen Ursprungs, in welchem der Stridor im Niveau der Glottis und nicht im Vestibulum laryngis entstand. Tapia.

---

e) Laryngological Section Royal Society of Medicine.

Sitzung vom 3. Mai 1912.

Vorsitzender: St. Clair Thomson.

Harmer und Lewis Jones: Demonstrationen zur Behandlung von malignen Geschwülsten der Mundhöhle und des Rachens mittels Diathermie.

a) Der Apparat und die Anwendungsweise wird demonstrirt.

b) Drei Fälle, welche den ausgezeichneten Erfolg der Behandlung illustriren sollen. Erstlich Epitheliom des Gaumens und Rachens und des Zungengrundes. Behandlung am 1. November. Jetzt keine Spuren der Erkrankung mehr sichtbar. Fall II ausgedehntes Epitheliom des Gaumens, der Tonsille und Zunge; dreimalige Behandlung mit Diathermie im Februar, 2. und 14. März. Fall III ähnlich wie Fall II; einmalige Behandlung im April.

Die drei Fälle wurden im St. Bartholomews-Hospital behandelt; sie befinden sich unter Beobachtung von Harmer und sollen später in extenso publicirt werden.

Cobbledid: Patientin mit doppelseitiger Siebbeinmucocele.

Die Augen waren vorgetrieben oder sahen wenigstens so aus. Die Schwellung bestand seit Jahren.

In der Versammlung wurden Zweifel an der Diagnose geäussert.

Lack: 12jähriger Knabe mit chronischem Oedem des Rachens und Kehlkopfs.

Der Knabe wurde 5 Jahre lang im London Hospital behandelt. Die Uvula war so breit wie ein Daumen. Die Aryknorpel waren derart ödematös, dass sie bei der Athmung wie Schleimpolypen hin und her flottirten. L. glaubt, dass es sich um einen Folgezustand von Lues handelte; mehrere derartige Fälle, die er gesehen hat, haben ihn in seiner Meinung bestärkt. Antisyphilitische Behandlung ist ohne Einfluss geblieben.

D. R. Patterson: Sarkom der Schilddrüse mit Durchbruch in die Trachea.

Stücke der Geschwulst wurden von Zeit zu Zeit ausgehustet. Tod in Folge Blutung in die Trachea. Die Geschwulst war intra vitam unterhalb der Stimmbänder sichtbar. Nach der wegen Dyspnoe vorgenommenen Tracheotomie lebte Patientin noch ein Jahr.

Hett: 54jähriger Mann. Laryngofissur wegen Carcinoms der linken Stimmlippe.

Gutes Resultat. Pat. hat Sprachcurse zur Uebung seiner Stimme gehabt. Es war das linke Stimmband mit dem Aryknorpel excidirt worden.

Tweedie: Papillom von der unteren Muschel an der Grenze zwischen mittlerem und hinterem Drittel.

21jährige Frau. Symptome: Nasenverstopfung und Asthma.

Guttrie: Neue Guillotine zur Entfernung der Tonsillen nach der Sluder'schen Methode.

Jenkins: $1^1/_2$jähriges Mädchen mit Epignathie und Teratoidtumor der Nasenscheidewand und der Schädelbasis.

Der Tumor war durch die Gaumenspalte hindurch sichtbar. Es besteht Colobom der Iris. Augen vorstehend, Gesicht breit. Das Kind ist verwachsen,

fühlt sich aber scheinbar ganz wohl, nimmt gut Nahrung, ohne dass Regurgitation erfolgt. Der Zustand ist inoperabel.

St. Clair Thomson: Fall eines Mannes, der 50 Jahre lang eine Tracheotomiecanüle trug.

Sitzung vom 7. Juni 1912.

Diese Sitzung, der letzten vor den Ferien, war besonders den Erkrankungen der Keilbeinhöhle gewidmet.

Zum Präsidenten für 1912/1913 wurde Herbert Tilley gewählt.

Sitzung vom 13. November 1912.

Vorsitzender: Herbert Tilley.

Tilley: 1. 21jähriger Mann mit grossem Fibrom des Nasenrachenraums.

Gefässreiche Geschwulst, welche die rechte Nasenhälfte völlig verlegt. Der Tumor wurde nach vorausgegangener Laryngotomie entfernt. Es war ein Versuch gemacht worden, den Tumor ohne Eröffnung der Trachea zu entfernen; jedoch war die Blutung so profus, dass dies nicht möglich war.

2. Grosses Fibrom vor 7 Jahren entfernt; schweres Recidiv ausgehend von der Hinterwand der Highmorshöhle.

Harmer hat in einem solchen Falle beide Carotides internae unterbunden und nach Entfernung des Tumors die Unterbindung gelöst. Auf diese Weise war nur geringe oder keine Blutung.

O'Malley: Zwei Fälle von bilateralem symmetrischen Oedem des Septums.

Submucöse Resection, die Schwellung blieb jedoch bestehen. Pat. hatte Polypen.

McKenzie: 9jähriger Knabe mit Tuberculose der Tonsillen und Cervicaldrüsen.

Die Tonsillen wurden enucleirt und es fanden sich darin typische Riesenzellen.

Tilley hat einen ähnlichen Fall gesehen, wo nach Entfernung der Tonsille grosse Packete tuberculöser Drüsen bestehen blieben. Von einem Chirurgen wurde die Operation abgelehnt, weil ausgedehnte Narbencontraction befürchtet wurde. Es wurde 9 Monate lang Tuberculin angewandt, worauf die Drüsen verschwanden.

Donelan demonstrirt ein neues Tonsillotom.

Davis demonstrirt die Sluder'sche Guillotine zur Enucleation der Tonsillen. Er hat das Instrument probirt und es für durchaus zweckmässig befunden.

St. Clair Thomson: Zwei Fälle von radicaler Stirnhöhlenoperation.

Das kosmetische Resultat ist ausgezeichnet; Kopfschmerzen und Eiterung sind völlig verschwunden.

Es wurde über Vortheile und Nachtheile eines primären Verschlusses der Hautwunde discutirt; die Mehrzahl der Redner sprach sich dagegen aus.

Tod: 52jähriger Mann mit maligner Erkrankung der linken Keilbeinregion.

Proptosis mit Erblindung derselben Seite; geschwollene Cervicaldrüsen beiderseits. Das erste Zeichen war die Proptosis. Es bestanden keine Kopfschmerzen. Die vordere Keilbeinhöhlenwand wurde entfernt. Der Fall wurde jedoch für inoperabel erachtet.

Tilley meint, dass Radium in grossen Dosen von Nutzen sein könnte.

H. J. Davis: 1. 25jährige Frau mit Rachensyphilis.

Der Primäraffect sass in der Mitte der hinteren äusseren Halsregion. Pat. führt die Entstehung auf Benutzung eines Kammes in einer öffentlichen Toilette zurück.

2. Fall von Lymphosarkom der Tonsille bei einer 28jährigen Frau.

3. Skiagramm, einen Fremdkörper im rechten Bronchus eines 8jährigen Mädchens zeigend.

Das Kind wurde mit den Anzeichen einer rechtsseitigen Pneumonie in das Krankenhaus aufgenommen; Röntgenaufnahme zeigte den Fremdkörper (ein Schlächterinstrument) in der Lunge. Extraction mittels oberer Bronchoskopie. Das Kind genas in 10 Tagen.

4. Skiagramm von einem Pennystück im Oesophagus einer 25jährigen Frau.

Pat. hatte 4 Tage lang nicht schlucken können.

Watson Williams: Fall von Pensinusitis bei 54jährigem Mann.

Vor 7 Jahren waren alle Sinus beiderseits operirt und intranasal drainirt worden. Pat. wird jetzt vier Jahre nach dem letzten Eingriff demonstrirt, um die Vortheile der nicht-radicalen Operationen zu zeigen in den Fällen, wo man mittels intranasaler Methoden zum Ziele kommt.

Horsford: Fall von atrophischer Rhinitis, wo beide mittlere Muscheln durch eine grosse Perforation im Septum hindurch mit einander verwachsen waren.

H. J. Davis (London).

III. Briefkasten.

XVII. Internationaler medicinischer Congress in London.

Die Herren, welche an dem Congress theilnehmen wollen, werden ersucht, ihren Beitrag in Höhe von 20 Shilling (25 Francs, 20 Mark, 5 Dollars) zu senden an: „The treasurers of the XVII[th] International Congress of Medicine, 13 Hinde Street London W."; es wird gebeten, eine Visitenkarte mit genauer Adresse beizufügen und anzugeben, für welche Section man eingeschrieben zu werden wünscht. Frauen und Töchter der Theilnehmer bezahlen die Hälfte des Beitrags (10 Shillings).

Es wird gebeten, den Beitritt möglichst früh zu erklären, damit man rechtzeitig die Referate seiner Section erhält, die vor dem Congress erscheinen werden.

Personalnachricht.

In Warschau starb Dr. Erwin Jürgens, Consultant des Warschauer Ujasdow'schen Militärhospitals, Director der Taubstummen- und Blindenanstalt. J. war hauptsächlich Otologe, hat aber auch eine Anzahl rhinologischer Arbeiten verfasst, die zum Theil die Nasenerkrankungen vom militärärztlichen Standpunkt behandeln.

Druckfehlerberichtigung.

In Referat No. 55 der vorigen Nummer muss es anstatt „oberen Gaumenbogen" heissen: „vorderen Gaumenbogen".

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIX. Berlin, Juli. 1913. No. 7.

I. Die Königl. ungarische rhinolaryngologische Universitätsklinik in Budapest[1]).

Von Professor Dr. A. Onodi,
Direktor der Klinik.

Bei der Gelegenheit, da die rhinolaryngologische Universitätsklinik, wenn auch nicht in ihrem definitiven Heim, fertiggestellt ist und ich die Fachcollegen mit ihren Einrichtungen bekannt mache, lassen Sie uns unserer Anerkennung und Dankbarkeit für den unsterblichen Geist und die unvergänglichen Verdienste J. N. Czermak's, des einen der Begründer der Rhinolaryngologie, Ausdruck geben. Czermak's Wirken und Leistungen bilden ein Ruhmesblatt in der Geschichte der Budapester Universität; an dieser Stelle wollen wir nur seine rhinolaryngologische Thätigkeit während seiner Professur in Budapest berühren. Czermak wurde im Juni 1858 in Budapest zum Professor der Physiologie ernannt; seine Erfindung, die Laryngoskopie mittelst künstlicher Beleuchtung, war schon früher gemacht, sie war eine Frucht seines Wiener Aufenthaltes. Seine erste Publication über seine diesbezüglichen Versuche erschien in Wien im April 1858 in der Wiener medicinischen Wochenschrift. In Budapest demonstrirte er seine Methode im Aerzteverein am 13. November 1858. Den bekannten erbitterten Prioritätsstreit zwischen Türck und Czermak wollen wir nicht berühren, erstlich, weil es sich um die in Wien ausgeführten Versuche Czermak's handelt, ferner, weil diese Frage als vollkommen geklärt gelten kann. Die Nachwelt hat bei der Gelegenheit des 50jährigen Jubiläums unseres Faches mit der Feststellung der historischen Wahrheit dem unsterblichen

1) Eröffnungsvorlesung am 26. Januar 1913.

Geiste beider Männer den Tribut der Pietät und Anerkennung gezollt. Czermak's Persönlichkeit, sein Familienleben, seine Stellung in der Gesellschaft, seine Thätigkeit an der Universität und im Aerzteverein in Budapest hat Professor E. Navratil, sein früherer Schüler, in einer Gedenkrede gewürdigt. Czermak erfreute sich während seiner Thätigkeit in Budapest bei den klinischen Professoren und den praktischen Aerzten einer grossen Verehrung und lebhafter Unterstützung. Dieser Unterstützung sind Czermak's unvergleichliche Leistungen zu verdanken, was er auch selbst dankbar anerkannt hat. Czermak begnügte sich nicht damit, dass er die Aufmerksamkeit und das Interesse der Budapester Kliniker und praktischen Aerzte für das neue Fach erweckte und diesem Anhänger und Schüler gewann, sondern er machte von Budapest aus Reisen ins Ausland, demonstrirte dort seine Methode und gewann überall Anhänger der Rhinolaryngologie. Diese Reisen erweckten das lebhafte Interesse und die Anerkennung des Auslandes für das neue Fach und bildeten eine Grundlage für deren allgemeine und rasche Verbreitung und Entwickelung. Czermak erfand in Budapest die Rhinoscopia posterior und construirte zum Zwecke der Selbstspiegelung ein Autorhinoskop. Er erkannte schon damals die grosse Wichtigkeit dieses neuen Verfahrens und lenkte die Aufmerksamkeit auf die Störungen des Gehörs. Während seines Aufenthaltes in Paris führte er an einem Schwerhörigen die Rhinoscopia posterior aus, fand aber normale Verhältnisse, in Budapest constatirte er mit seiner Methode den causalen Zusammenhang zwischen der Hörstörung und einer sich im Gebiete der Oeffnung der linken Ohrtrompete befindlichen Geschwulst.

Czermak construirte zur Selbstspiegelung und zur Demonstration ein Autoskop, ferner zur Einübung der Untersuchung des Kehlkopfes ein laryngoskopisches Phantom. Er versuchte ferner die Durchleuchtung des Kehlkopfes und der Luftröhre. An den Kranken, bei denen eine Tracheotomie gemacht war, untersuchte er durch die künstliche Oeffnung mit einem kleinen Spiegel die Regio hypoglottica, ferner benutzte er zur Betrachtung der unteren Theile des Kehlkopfes die gefensterte Canüle und einen zweiblättrigen Dilatator. In einem Falle, wo er auf diese Weise als Ursache der Kehlkopfstenose eine hypoglottische Schwellung feststellte, versuchte unser verdienstvoller Chirurg, Professor Balassa, die Dilatation der Kehlkopfstenose mittelst Bougies. Die Untersuchung des Kehlkopfes durch die künstliche Oeffnung war, wie Czermak betont, Neudörfer's Idee, des Assistenten von Balassa. Es ist interessant, dass Czermak die diagnostische und therapeutische Wichtigkeit dieses Verfahrens erkannte und die Aufmerksamkeit auf die im Kehlkopfe und in der Luftröhre auszuführenden Eingriffe, auf die Aetzung, auf die Anwendung der Galvanokaustik, auf die Entfernung von Neubildungen und auf die Eröffnung von

Abscessen lenkte. Czermak diagnosticirte zuerst mit dem Kehlkopfspiegel einen Kehlkopfpolypen an einem Kranken von Dr. Hirschler. Ferner diagnosticirte er mit dem Spiegel die verschiedenen Formen der katarrhalischen, tuberkulösen und luetischen Veränderungen, der Oedeme und Neubildungen des Kehlkopfes, ferner wurde in mehreren Fällen von Athembeschwerden und Erstickungsanfällen auf Grund des laryngoskopischen Befundes die Indication zur Tracheotomie festgestellt, während in einem Falle wieder der Spiegel die Contraindication des Eingriffes feststellte.

Czermak führte an den ihm zur Untersuchung zugeschickten Kranken neben der Laryngoskopie die Sondierung des Kehlkopfes aus, ferner in mehreren Fällen von Schwellung des Aryknorpels, von Hyperämie und Schwellung der Stimmbänder, ausserdem bei luetischen Ulcerationen der Aryknorpel, die directe Bepinselung mit Argentum nitricum. Czermak dachte auch in Verbindung mit den von ihm beobachteten Neubildungen des Kehlkopfes an die Möglichkeit einer histologischen Diagnose. Wir haben in dem Geschilderten eine kurze Zusammenfassung der rhinolaryngologischen Thätigkeit Czermak's während seiner Budapester Professur gegeben. Diese zwei Jahre bilden einen Glanzpunkt in der Geschichte der Budapester Universität; mit dem Namen Czermak's und seiner Budapester Thätigkeit ist das Andenken an die Begründung der Rhinolaryngologie eng verbunden, welche dem Andenken des grossen Gelehrten für alle Zeiten Unsterblichkeit sichert.

Diese grosse Tradition haben die ungarischen Rhinolaryngologen mit ihrem Wirken und Bestrebungen eifrig gepflegt. Die medicinische Facultät der Universität, als deren Mitglied Czermak wirkte, beschloss in Budapest, wo die Wiege der Rhinolaryngologie stand, die Errichtung einer selbstständigen rhinolaryngologischen Universitätsklinik, die mit der eifrigen Unterstützung des Leiters der Universitätsangelegenheiten im Ministerium, Herrn Ministerialrathes L. Tóth, von der Gesetzgebung des ungarischen Staates verwirklicht wurde. Im Januar 1911 wurde durch Umgestaltung einer alten Klinik die rhinolaryngologische Universitätsklinik, mit vollkommen modernen Einrichtungen eröffnet; in dem Hörsaale ist die Büste Czermak's aufgestellt. Wir geben in Folgendem die Beschreibung der Klinik. Die Abbildung giebt eine Frontaufnahme der Klinik.

Im Parterre der Klinik sind die für die Behandlung der ambulanten Kranken bestimmten Localitäten, der Hörsaal, das Röntgencabinet und das Laboratorium, ferner die Wohnung des Assistenten, der Pflegeschwestern und des Portiers placirt. Im hinteren Theil der Klinik breitet sich ein tiefer gelegener Garten aus, und die nach dem Garten gelegenen Wohnungen nehmen ein Pfleger, ein Heizer und die Dienstboten in Anspruch. Die Localitäten der Ambulanz bestehen aus einer Portierloge und zwei Warte-

zimmern. Jedes steht mit dem Behandlungssaal in Verbindung, in welchem sechs Arbeitstische mit vollständiger Einrichtung für 12 Aerzte vorhanden sind. Vom zweiten Wartezimmer gelangt man in das Operationszimmer für ambulante Kranke, welches zwei Arbeitstische, einen Operationstisch, einen Instrumentenkasten, je einen Sterilisator für Verbandstoffe usw. und für steriles Wasser und einen Waschapparat besitzt. Das Röntgencabinet steht nicht nur für Röntgenaufnahmen, sondern auch mit vollkommener Einrichtung für die Behandlung mittelst Röntgenstrahlen der Klinik zur Verfügung. Das Laboratorium besteht aus einem Zimmer, in welchem die nothwendigen Einrichtungen zur mikroskopischen, bakteriologischen und serologischen Untersuchung vorhanden sind. Ferner steht auch für physiologische und pathologische Thierexperimente ein Vivisectionstisch mit Ein-



richtung und für die Unterbringung der Thiere ein kleines Häuschen im Garten zur Verfügung. Der Hörsaal besteht aus einem sechsfenstrigen Local, welches 100 Hörer aufnehmen kann; es sind zehn Untersuchungstische angebracht, an jedem Tisch können vier Studenten laryngoskopiren, also zusammen gleichzeitig 40 Studenten. Im Hörsaal ist auch ein Projectionsapparat vorhanden, an der vorderen Wand des Saales ein Projectionsschirm, ein Kasten zu Demonstrationen von Röntgenbildern und die Büste Czermak's ist auch hier in der Mitte placirt. Die hintere Wand des Saales bedecken Kästen mit Präparaten und die seitlichen Wände die mit lateinischen Bezeichnungen versehenen Demonstrationstafeln, welche die Ergebnisse der anatomischen Untersuchungen Onodi's darstellen. Im Parterre befinden sich zwei Zimmer für die Administration und Wohnung des Assistenten und zwei Zimmer für die drei Pflegeschwestern.

Im ersten Stockwerk befinden sich die Krankensäle, das Operationszimmer und das Zimmer des Directors. Wir haben je einen Krankensaal für sechs Männer und für sechs Frauen, welche noch um je zwei Betten vermehrt werden, ausserdem haben wir zwei Zimmer für private Kranke, also zusammen verfügen wir über 18 Betten, ein Servirzimmer und auf beiden Seiten Badezimmer und Closet. Zwischen den beiden grossen Krankensälen ist ein Vorbereitungszimmer mit zwei Instrumentenkästen, welches gleichzeitig auch für in sitzender Lage auszuführende Operationen dient, mit entsprechenden Einrichtungen. Der Operationssaal besteht aus einem zweifenstrigen Zimmer mit weiss emaillirten Wänden, mit einem Sterilisator für Verbandstoffe und mit einem Sterilisator für Instrumente, mit einem Operationstisch mit Tischchen für Instrumente. Ferner sind angebracht für obere Beleuchtung eine grosse mit Glasplatte versehene elektrische Lampe und zwei elektrische Stirnreflectoren mit oberen beweglichen Contacten, der Waschapparat und die anderen nothwendigen Einrichtungen. Im selben Stockwerk befindet sich das Zimmer des Directors mit der Bibliothek; es sind deutsche, französische, englische und italienische Fachschriften, 285 Bände Fachwerke und 600 Stück Sonderabdrücke vorhanden. Das Zimmer des Directors verbindet eine Stiege mit dem Hörsaal. Im Stockwerk befindet sich das ärztliche Inspectionszimmer.

Auf der Klinik wurden vom September 1910 bis zum Januar 1913 7402 neue ambulante Kranke behandelt und 786 ambulante Operationen ausgeführt, ferner vom Februar 1912 bis Januar 1913, als die 14 Betten errichtet wurden, sind 141 Männer und 119 Frauen, zusammen 260 Kranke aufgenommen und 159 Operationen ausgeführt worden. In den Monaten Juli und August war die Krankenabtheilung der Klinik wegen Restaurationsarbeiten geschlossen. Ueber die Thätigkeit der Klinik wird demnächst Herr Dr. Dörner im Archiv für Laryngologie ausführlich berichten.

II. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **L. Réthi. Zum 60. Geburtstage Ottokar Chiari's.** *Wiener med. Wochenschr. No. 6. 1913.*

Würdigung der Verdienste Chiari's nebst Biographie, Nennung seiner wichtigsten Arbeiten und seiner engeren Schüler.

HANSZEL.

2) **J. F. Barnhill. Die Fortschritte des Jahres in der Otolaryngologie. (The year's progress in oto-laryngology.)** *Journal of the Indiana state med. assoc. Januar 1913.*

Folgende Punkte aus dem Artikel seien hervorgehoben: Verf. ist geneigt, die

Todesfälle in Narkose bei Tonsillen- und Adenoidoperationen nicht, wie es gewöhnlich geschieht, auf Herzerkrankung oder Status lymphaticus, sondern auf ungleichmässige Narkose zurückzuführen, wobei der Pat. abwechselnd fast aus der Narkose erwacht und dann wieder in tiefe Narkose versinkt. Ferner erwähnt er den Vorschlag Fetterolf's, bei der Tonsillektomie die Plica triangularis zu durchschneiden, die eine Fortsetzung der fibrösen Kapsel auf der pharyngealen Fläche der Tonsille darstelle. Ferner bespricht Verf. die Infiltrationsanästhesie des N. laryngeus superior bei der Dysphagie der Phthisiker und die Indication, auf die Jackson aufmerksam machte, in Fällen von acuter katarrhalischer Entzündung des Larynx, der Trachea und der grösseren Bronchien, die directen Methoden anzuwenden, wenn die Diagnose mittels der alten Methoden schwierig ist.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

3) **K. Nörregaard. Ueber Chirurgia minor bei Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten. (Om Chirurgia minor i öre-naeso-soroelgsygdomme.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 13. 1913.*

Der von praktischen Aerzten gehaltene Vortrag enthielt nichts Neues.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

4) **A. Zografides** (Athen). **Ueber Blutungen aus den Luftwegen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 385. 1913.*

Fall 1. Statt der Menstruation monatlich Blutung aus dem Larynx, drei bis vier Tage anhaltend.

Fälle 2—5. Mässige Blutungen aus der Trachea oder dem Larynx ohne sichtbare Ursache.

OPPIKOFER.

5) **A. v. Sokolowski. Lupus der Nase und des Rachens. (Posiedzenia otolaryngologiczne.)** Warschauer otolaryngol. Sitzungen. *Medycyna. No. 32. 1912.*

Demonstration eines 22jähr. Mannes mit ausgebreiteten Geschwüren (seit 6 Monaten) in der Nase und im Rachen. Auf Grund einer ganzen Reihe von diagnostischen Untersuchungsmethoden in der Richtung: Lues, Tuberculosis, Scleroma, diagnosticirte der Verf. in diesem Falle das tuberculöse Leiden in milderer lupusähnlicher Form.

Autoreferat.

6) **Steiner. Schleimhautpemphigus der oberen Luftwege.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 13. December 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 10. 1913.*

Vorstellung eines Falles ohne Mitbetheiligung der äusseren Haut.

HANSZEL.

7) **Girard** und **Pietri. Ueber einen Fall von Rhinosklerom. (Etude d'un cas de rhinosclérome.)** *Revue hebdom de laryngol. No. 10. 1913.*

In Mexico ist das Rhinosklerom nicht so selten, was aus der Verhandlung der Medicinischen Academie in ihrer Sitzung vom 15. Februar 1911 (Gacetta med. de Mexico, Nov. 1911, p. 403) hervorgeht. Unsere Autoren berichten über zwei

Fälle, von denen der erste nichts Besonderes aufweist. Im zweiten Falle kam es merkwürdigerweise auch zu einem Ergriffensein der ganzen Zunge, die mit den Fauces ganz verschmolzen war bis auf einen Spalt im Velum, durch den Athmung und Einathmung vor sich ging. Die Autoren haben an einem excidirten Stück der Lippe eine histologische und bakteriologische Studie gemacht, die sie im Detail wiedergeben. Sie haben einen Mikroben isolirt, dessen biologische Charaktere (Agglutination, Complementreaction) und therapeutische Wirksamkeit von ihnen ausprobirt worden ist. Sie halten ihren Bacillus für identisch mit dem von Frisch gefundenen, können aber nicht behaupten, dass dieser Bacillus ätiologisch für das Rhinosklerom in Betracht kommt. LAUTMANN.

8) **Thost** (Hamburg). **Rhinosklerom.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 28. 1912.*

Demonstration eines Falles im Hamburger ärztlichen Verein. ZARNIKO.

9) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Neue Skleromfälle aus Ostpreussen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 42. 1912.*

Drei Krankengeschichten. Das Sklerom breitet sich in Ostpreussen von seinen ursprünglichen Herden Lyck und Marggrabowa concentrisch auf die westlich angrenzenden Kreise Goldap, Lötzen, Sensburg etc. aus.

ZARNIKO.

10) **H. Littauer. Ein Beitrag zur Morphologie und Biologie des Rhinosklerombacillus und anderer verwandter Bacillen. (Przyczynek do morfologii i biologii precytka twardzieli i innych precytkow pokrownych,)** *Medycyna. No. 11/12. 1913.*

Eine genaue experimentelle biologische Studie mit Culturen des Bac. rhinosclerom., Bac. ozaenae und Bac. mucosus capsulatus, deren Details im Original nachgelesen werden müssen. v. SOKOLOWSKI.

11) **Gerber. Sklerom und Schwangerschaft. (Sclérome et grossesse.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXIV. No. 2. 1912.*

Beschreibung eines Falles von Scleroma rhino-pharyngo-laryngeale, der durch zwei Jahre mit Unterbrechungen beobachtet worden ist. Nach anfänglicher Besserung tritt in Folge Schwangerschaft auffallende Verschlimmerung ein. Pat. willigt in eine Unterbrechung derselben nicht ein. LAUTMANN.

12) **W. Lieck. Rhinosklerom und Salvarsan.** *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 10. 1912.*

Verf. beschreibt ausführlich einen Fall, der klinisch und histologisch für Rhinosklerom charakteristisch ist und bei dem eine zweimal vorgenommene Salvarsaninjection keine Spur von Einfluss auf den Krankheitsprocess hatte.

SCHNEIDER (GITTELSON).

13) **Francis W. White. Syphilis der oberen Luftwege mit Salvarsan behandelt. (Syphilis of the upper respiratory tract treated with salvarsan.)** *The Laryngoscope. September 1912.*

Verf. betont die Nothwendigkeit, mit Salvarsan behandelte Patienten ständig

weiter unter Beobachtung zu halten. Was Kehlkopffälle mit ausgesprochener Stenose anbelangt, so sollen sie im Hospital behandelt werden und Jod soll erst dann gegeben werden, wenn eine sichere Zunahme in der Weite des Lumens nachweisbar ist. In solchen Fällen nämlich kann sich leicht Oedem entwickeln, wenn sie Jod erhalten. Patienten mit oberflächlichen Läsionen sollen grosse Dosen bekommen, solche mit tiefsitzenden kleinere. Die übrigen Bemerkungen des Verf. beziehen sich auf die Salvarsantherapie im Allgemeinen ohne besondere Bezugnahme auf rhinolaryngologische Fragen.

EMIL MAYER.

14) **E. R. Carpenter. Die Wassermann'sche Reaction und Salvarsan bei Erkrankungen der Sinnesorgane. (The Wassermann reaction and salvarsan in disease of the special sense organs.)** *The Laryngoscope. September 1912.*

Verf. giebt nach einer Besprechung der Bedeutung der Wassermannreaction und der Salvarsantherapie im Allgemeinen folgende Krankengeschichte: Bei einem Mann ergab die laryngoskopische Untersuchung Schwellung und Infiltration der Epiglottis, Infiltration der Aryknorpel und auf dem rechten, sich auf die aryepiglottische Falte erstreckend, ein Ulcus. In der Glottis diffuse tumorartige Hervorragungen, von denen eine am linken Stimmband die Grösse einer Haselnuss hatte. Andere Hervorragungen waren über die ganze Innenfläche des Kehlkopfs zerstreut; der ganze Larynx hatte eine etwas dunkler rothe Farbe als normal. Es bestanden keine Schmerzen, keine Drüsenschwellung, keine Lungenaffection, kein Fieber noch Gewichtsabnahme. In der Anamnese nichts von Lues. Aus dem Geschwür liessen sich keine Tuberkelbacillen finden. Wassermann positiv. Sofortige Salvarsanbehandlung. Schon nach 24 Stunden war eine Besserung bemerkbar, die seitdem immer weitere Fortschritte machte. Das Ulcus ist völlig geheilt, Pat. hat ausgiebigen Raum zum Athmen, die Tumormassen sind sehr geschrumpft.

EMIL MAYER.

15) **Botey** (Barcelona). **Das Präparat 914 in der Otorhinolaryngologie. (El 914 en la otorinolaringologia.)** *Archivos de otorinolaringologia. September 1912.*

Bericht über einige mittels 914 behandelte Fälle und Kritik der Resultate.

TAPIA.

16) **v. Stein. Acidum pyrogallicum oxydatum (Pyrogallolum oxydatum, Pyraloxin) bei Erkrankungen des Ohres, der Nase und der Kehle, sowie in der Therapie der Tuberculose, des Krebses und des Sarkoms.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. 5. S. 879. 1912.*

Verf. hat das Pyraloxin bei Katarrhen der oberen Luftwege, bei Mittelohrentzündungen, bei Carcinomfällen mit gutem Erfolge angewendet. Chemie, Pharmakologie und die Anwendungsweise dieses Mittels werden eingehend besprochen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Monatelanger Gebrauch von Pyraloxin hat in keinem einzigen Falle Intoxicationserscheinungen verursacht. Also ist es unschädlich.

2. Acidum pyrogallicum oxydatum ammoniatum ist vorzugsweise ein inneres Mittel, welches beim Menschen eine therapeutische Wirkung auf den Krebs aus-

übt; ihn vernichtet (Epithelioma laryngis, Hautkrebs). seine Entwicklung hemmt und theilweise Metastasen vorbeugt.

3. Der erste Angriffspunkt ist das Lymphsystem.

4. Bei tuberkulösen Erkrankungen muss das Mittel mit Vorsicht angewandt werden.

5. Es ist ein schwaches Antiphlogisticum.

6. Pyraloxin kann in Anbetracht seiner Unschädlichkeit (Tuberculose ausgeschlossen!) im mittleren und vorgerückten Alter zur prophylaktischen Therapie angewandt werden, und zwar um durch periodischen Gebrauch (Kur) im Organismus möglicherweise vorhandene carcinomatöse Herde zu vernichten. Dies ist besonders für multipare Frauen wichtig, da solche am meisten zur Erkrankung am Cancer uteri geneigt sind.

7. Pyraloxin übt auch eine elektive Wirkung auf das Labyrinth aus. Ich meine auf das lymphatische System desselben.

8. Pyraloxin hebt die allgemeine Ernährung. Führt in einigen Fällen zu Obesitas.

OPPIKOFER.

17) **Leo Mayer** und **George Baehr. Wismuthvergiftung. (Bismuth poisoning.)** *Surgery, gynecology and obstretics. Sepetmber 1912.*

Eine Uebersicht über die Literatur der letzten 30 Jahre muss auch den grössten Skeptiker davon überzeugen, dass Bismuth, auch in seinen unlöslichen Salzen, sehr toxisch werden kann. Die ausgedehnte Anwendung des Bismuth in Form von Salbe, Pulver (Dermatol) und besonders als Paste (Beck) zur Injection in die Sinus führt zu toxischen Erscheinungen. Beck hat selbst wiederholt die Gefahr der Bismuthvergiftung betont und hat drei tödtliche von ihm beobachtete Fälle berichtet. Verff. geben eine Uebersicht über die einschlägige Literatur und berichten über 3 Fälle von Vergiftung nach Anwendung der Bismuthpaste, von denen der eine tödtlich verlief.

EMIL MAYER.

18) **H. Marschik. Die Radiumtherapie in der Laryngologie.** *Wiener med. Wochenschr. No. 50. 1912.*

Demonstration (Sitzung der Gesellschaft für die gesammte Therapie vom 6. November 1906) von wesentlich gebesserten folgenden Fällen:

1. Sklerom der Nase und des Rachens, 2. Carcinom des rechten Oberkiefers, sowie 3. eines Recidivtumors nach Pharynx- und Larynxresection, 4. Carcinoms des Anfangstheiles des Oesophagus und 5. eines Falles von Recessuscarcinom.

HANSZEL.

19) **Barbera** (Valencia). **Die Schwebelaryngoskopie. (La laringoscopia en suspension.)** *Revista Valencia de ciencias medicas. 25. November 1912.*

Eingehende Beschreibung des Killian'schen Verfahrens.

TAPIA.

20) **R. Steiner. Schwebelaryngoskopie.** Wissenschaftl. Gesellschaft deutscher Aerzte in Böhmen, Sitzung vom 14. März 1913. *Prager med. Wochenschr. No. 18. 1913.*

Demonstrationsvortrag.

HANSZEL.

b) Nase und Nasenrachenraum.

21) **K. Kassel** (Posen). **Die Nasenheilkunde der Neuzeit.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 6. S. 69. 1913.*

Mit staunenswerthem Fleiss und Geschicklichkeit hat Verf. auf S. 69—139 den 5. Abschnitt seiner Geschichte der Nasenheilkunde zusammengestellt. Aus den zahlreichen Beispielen, die er erwähnt, geht hervor, dass die verschiedenartigen Nasenleiden, namentlich Lues, Carcinom und Polyposis, früher derart hochgradig zur Beobachtung kamen, wie dies wohl heute kaum mehr einmal der Fall ist, und wenn auch in der Therapie des 16. Jahrhunderts bei den mangelhaften Untersuchungsmethoden und den geringen operativen Kenntnissen die Kräuter und der Aderlass eine zu grosse Rolle spielten, so finden wir doch auch manche ganz verständige Verordnung. Eine Reihe von seltenen Nasenkrankheiten, wie z. B. die Steinbildung, war bereits im 16. Jahrhundert bekannt. Interessant zu lesen sind auch die zahlreichen Notiven über Nasen-Physiognomik. OPPIKOFER.

22) **A. M. Gossage. Eine Familie mit membranöser Absonderung aus der Nase.** *Brit. journ. child. diseases. April 1912.*

Eine genealogische Tafel zeigt, dass wenigstens 4 Generationen an der Ausscheidung leiden, die seit der Geburt besteht, bis zum Tode andauert und sonst keine Gesundheitsschädigung im Gefolge hat. Männer und Frauen sind in gleichem Maasse befallen. Kein Fall von Ozaena. Die Kinder der mit afficirten Personen verheirateten gesunden Gatten zeigen etwa zur Hälfte die Affection. Es handelt sich also um eine angeborene fibrinöse Exsudation der Schleimhaut.

J. WRIGHT.

23) **W. B. Chamberlin. Die Ursachen für die Perforation der Nasenscheidewand. (The causes of perforation of the nasal septum.)** *Cleveland medical journal. April 1912.*

Syphilis des Septums betrifft primär den Knochen, gelegentlich den Knorpel, fast niemals den Knorpel allein. Tuberculose befällt primär den Knorpel, den Knochen secundär, wenn ihrem Fortschreiten kein Einhalt gethan wird. Das Ulcus perforans betrifft nur den Knorpel, niemals den Knochen. Traumatische Perforationen infolge operativer Eingriffe können überall localisisirt sein.

EMIL MAYER.

24) **Charles W. Richardson. Einige Rathschläge für die Correctur von Verbiegungen der Nasenscheidewand. (Some suggestions in the methods of correcting deflections of the nasal septum.)** *Journ. american med. assoc. II. 21. September 1912.*

Verf. empfiehlt, die Septumresection nicht in Localanästhesie, sondern in Narkose zu machen; er behauptet, in Narkose könne die Operation in der Hälfte der Zeit vollendet werden. EMIL MAYER.

25) **Otto J. Freer. Die submucöse Resection von Nasenscheidewandverbiegungen. (The submucous resection of deflections of the nasal septum.)** *Journ. amer. med. assoc. II. 21. September 1912.*

Verf. operirt vom 10. Lebensjahr an in fast allen Fällen mit Localanästhesie, eine leichte Allgemeinnarkose mit Localanästhesie combinirt bleibt für kleinere Kinder reservirt. Nachdem die Vibrissae abgeschnitten sind, wird ein kleiner Wattebausch mit 1 : 1000 Adrenalinlösung getränkt und in reine Cocainkrystalle getaucht, sodann damit die Schleimhaut des Septums innerhalb des Operationsfeldes eingerieben. In ungefähr drei Minuten ist die Anästhesie vollkommen.

EMIL MAYER.

26) **M. Al. Ssamoylenko. Ueber die Reorganisation des Knorpels der Nasenscheidewand nach submucöser Resection derselben.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 6. S. 7. 1913.*

Verf. hat bei einigen Katzen die submucöse Resection nach Killian ausgegeführt und konnte nachweisen, dass auch nach 12 Monaten das Perichondrium nicht neuen Knorpel gebildet hat.

OPPIKOFER.

27) **W. J. Abbott. Naht des Septums nach submucöser Resection anstatt Tamponade. (Suturing the nasal septum after submucous resection instead of packing.)** *Cleveland med. journ. Februar 1913.*

Folgendes rühmt Verf als Vorzüge der Naht vor der Tamponade:

1. Die vergleichsweise bequeme Nasenathmung, sowie das Ausbleiben einer Secretretention. Dadurch kann auch bei Fällen mit Sinuseiterung die submucöse Resection gemacht werden.

2. Pat. kann nach der Operation sofort nach Hause gehen, auch wenn er weiter entfernt wohnt. Es ist nur geringe oder gar keine Nachbehandlung erforderlich.

3. Der Verschluss der Incisionswunde sowie etwa entstandener Zerreissungen der Schleimhaut kann zu gleicher Zeit gemacht werden.

4. Die Blutung ist im Allgemeinen geringer als nach Tamponade.

EMIL MAYER.

28) **Kuchendorf** (Posen). **Die Technik der Röntgenaufnahmen bei Nebenhöhlenerkrankungen der Nase.** *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. XVII. 1911.*

Kurze Bemerkungen über das in der Röntgenabtheilung des Garnisonlazareths Posen geübte Verfahren. — Abbildungen.

W. SOBERNHEIM.

29) **William H. Tomlinson. Negativer Luftdruck bei Nebenhöhlenerkrankung. (Negative air-pressure in accessory sinus disease.)** *Journ. amer. med. assoc. 28. September 1912.*

Verf. berichtet über einen Fall von Stirnhöhlenempyem mit profusem eitrigem Ausfluss und gelegentlichen Kopfschmerzen. Verf. wandte mittels eines einfachen

von ihm beschriebenen Apparates negativen Luftdruck an und gleich nach der ersten Application trat Besserung ein; das herausbeförderte Secret, das zuerst dicker stinkender Eiter war, wurde allmählich dünn und zähe und nach drei Wochen war Pat. geheilt.

Der Apparat besteht aus dem Glasreservoir eines Smith'schen Saugapparates für das Ohr, an dessen einem Ende ein Gummirohr mit weitem Nasenansatz und dem anderen Ende eine gewöhnliche Ohrspritze angebracht ist. EMIL MAYER.

30) **Uffenorde** (Göttingen). **Ueber hyperplastische Entzündung der Nasennebenhöhlenschleimhaut.** *Med. Klinik. No. 9. 1913.*

Vorstellung von Pat., bei denen wegen der häufigen Recidive bei endonasaler Entfernung der polypösen Wucherungen eine Radicaloperation der hyperplastischen Schleimhaut der Nebenhöhlen von aussen mit gutem Erfolg vorgenommen worden war. SEIFERT.

31) **Stephan H. Lutz. Eine Notiz über die Anwendung von Alkohol bei Nebenhöhlenerkrankungen. (A note on the use of alcohol in accessory sinus disease.)** *The Laryngoscope. August 1912.*

Verf. hat mit der Anwendung von 50 proc. bis absolutem Alkohol in regelmässiger Steigerung sehr gute Resultate erzielt. In alten Fällen, wo Verdickung und polypoide Degeneration der Schleimhaut vorhanden ist, reducirt der Alkohol die Verdickung in ganz kurzer Zeit, so dass viel weniger Curettage nöthig ist, als man vorher geglaubt hatte. Will man Alkohol zur Ausspülung der Höhle anwenden, so ist Bedingung, dass durch irgendeine der intranasalen Methoden die Höhle eröffnet und eine gute Drainage geschaffen ist. EMIL MAYER.

32) **S. Oppenheimer. Entzündliche Erkrankungen der Nasennebenhöhlen bei Kindern. (Inflammatory affections of nasal accessory sinuses in children.)** *Journ. amer. med. assoc. März 1913.*

Nach den Erfahrungen des Verf. sind bei kleinen Kindern radicale operative Maassnahmen von aussen her wegen eitriger Nebenhöhlenerkrankung selten indicirt und geben nicht so befriedigende Resultate, wie conservative Maassnahmen; bei solchen älteren Kindern jedoch, bei welchen der Typus der Nebenhöhlen dem des Erwachsenen sich nähert, gelten dieselben Indicationen und dieselben operativen Maassnahmen, wie bei jenen. EMIL MAYER.

33) **Schlemmer. Acute Nebenhöhlenerkrankung der Nase bei einem Kinde.** Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien, Sitzung vom 23. Januar 1913. *Wiener klin. Wochenschr. No. 10. 1913.*

Erkrankt war das Siebbeinlabyrinth und die Stirnhöhle. In der Regel treten diese Nebenhöhlenerkrankungen im Kindesalter als Complication einer acuten Infectionskrankheit auf. HANSZEL.

34) **L. Grünwald. Der Recessus ethmolacrymalis.** *Anatom. Hefte. 41. Bd. H. 125.*

Recessus ethmolacrymalis nennt Verf. einen Raum, der lateral von der Facies

ethmoidalis, mitunter auch von der Fossa lacrymalis des Thränenbeines, vom vordersten Theil der Lamina papyracea und in manchen Fällen von der Facies orbitalis maxillare, medial vom aufsteigenden Theil des Processus uncinatus, dem Agger nasi und mitunter noch vom Oberkiefer in der Gegend der Crista ethmoidalis begrenzt wird. Nach unten öffnet er sich mehr oder weniger weit gegen die Kieferhöhle zu, nach oben kann er sich sogar in den Stirnfortsatz des Oberkiefers hinein und noch viel höher erstrecken, während die Innenwand unten durch einen Spalt, den Hiatus semilunaris, abgebrochen wird.

Verf. sagt: Also nur dann, aber auch nur dann, wenn wir einen, durch eine Scheidewand vom Hiatus geschiedenen Hohlraum sich neben dem Hiatus erstrecken sehen, ist von einem Recessus ethmolacrymalis die Rede.

Bei allen Variationen aber werden wir ein zweites, den Recessus ethmolacrymalis von „Stirnzellen" unterscheidendes Moment nicht vermissen, das ist der axial gleichsinnige Verlauf mit dem Hiatus semilunaris. Beide Räume (d. h. Recessus und Hauptraum) stehen in ihrem Berührungsbereiche ohne Unterbrechung in weitem Zusammenhang. Im Gegensatz hierzu sind die Zellen der „Stirnbucht" Killian's Fortsetzungen von Spalten in der Seitenwand und stehen in Folge dessen nur in beschränktem, lochförmigem Zusammenhang mit dem Hauptraum.

SCHLUNGBAUM (BERLIN).

35) **Rhese** (Königsberg). **Ueber die rhinogene Betheiligung der Thränenwege insbesondere über den Zusammenhang der chronischen Dacryocystitis mit den Erkrankungen des Siebbeins und ihre Behandlung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 35. 1912.*

1. Die chronische Dacryocystitis ist häufig durch eine Siebbeinerkrankung bedingt. Das vordere Siebbein hat dieselbe Bedeutung für den Thränensack, wie sie die hinteren Nebenhöhlen der Nase für den Orbitalinhalt haben. 2. Die Prognose der durch eine Siebbeinerkrankung bedingten chronischen Dacryocystitis ist ausgezeichnet. Die Siebbeinoperation pflegt auch hartnäckige mit Fistelbildung einhergehende Fälle zur Heilung zu führen. 3. Auch bei der sonstigen rhinogenen Entstehung von Erkrankungen der Thränenwege kommt dem mittleren Nasengang eine grössere Bedeutung zu, als dem in pathogenetischer Hinsicht überschätzten unteren Nasengange. 4. Zur Feststellung der den Erkrankungen der Thränenwege zu Grunde liegenden rhinogenen Ursachen (Ethmoiditis, Sitz von Stenosen, Verdrängungen und Verlagerungen des Thränennasenganges durch Formanomalien des Septums, falsche Wege) ist die Röntgenaufnahme — und zwar vorzugsweise die vom Verf. empfohlene Schrägaufnahme (cf. Arch. f. Laryngol. Bd. 24, H. 3) — mit einer im Thränennasencanal liegenden Sonde sehr zu empfehlen ZARNIKO.

36) **Escat** und **Bonzoms. Osteom des Siebbeins nach dem Moure'schen Verfahren operirt. (Ostéome de l'éthmoide opéré par le procédé de Moure.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 9. 1913.*

Beitrag zur Casuistik dieser seltenen Fälle (125 in der Literatur bekannt). Ursache vielleicht ein Trauma im 10. Lebensjahr. Pat. 25 Jahre alt. Klagte hauptsächlich über Nasenverstopfung und Kopfschmerz. Die Diagnose war augen-

scheinlich: ein Stalaktit aus der Siebbeingegend hervorwachsend. Operirt wurde auf dem paranasalen Weg (Moure). Die Ausschälung des Tumors misslang das erste Mal wegen Schwäche der Instrumente. Verf. liess eigene schwere Meissel construiren, von denen einer halbbogenförmig gekrümmt von hinten an die Innenbasis eingeführt die Ablösung ermöglichte. LAUTMANN.

37) F. Müller. **Erfahrungen mit der Radicalbehandlung der chronischen Eiterung der Stirn-Siebbein-Kieferhöhle. (Expériences faites avec l'emploi de la méthode radicale pour le traitement des suppurations chroniques du sinus frontal, de l'éthmoid et du sinus maxillaire.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 3. 1913.*

Vorliegende Arbeit ist ein kurzer Auszug der gleichnamigen Inaugural-Dissertation, die der Autor, ein Schüler Lindts, in Bern 1912 veröffentlicht hat. Die mitgetheilten 21 Fälle betreffen zumeist complicirte Stirn- und Siebbeineiterungen die nach vergeblichen endonasalen Operationen durch Killian'sche Operation zur Heilung gebracht worden sind. Die Kieferhöhleneiterungen operirt Lindt zumeist nach Caldwell-Luc und macht er die nasale Gegenöffnung im mittleren Nasengang. Müller steht den Berichten über Heilung von chronischen Eiterungen der Stirn- und Siebbeinhöhle auf endonasalem Wege skeptisch gegenüber.

LAUTMANN.

38) M. Hajek (Wien). **Behandlung der chronischen eitrigen Siebbeinentzündung.** *Wiener med. Wochenschr. No. 4. 1913.*

Referat erstattet in der laryngologischen Section der British medical association, Sitzung vom 24. Juni 1912. HANSZEL.

39) Frank C. Todd. **Ethmoiditis eine häufige Folge — niemals die Ursache von Heufieber. (Ethmoiditis as a common sequal — never the cause — of hay fever.)** *Journ. amer. med. assoc. Part II. 21. September 1912.*

Verf. glaubt aus dem Studium zahlreicher Fälle, die ihm in seiner Praxis begneteten, eine Beziehung zwischen Heufieber und Siebbeinerkrankung, wie sie in dem Titel angegeben ist, folgern zu dürfen; er meint, dass ein sorgfältiges Studium vieler Fälle von Stirn- und Siebbeinempyem die Rhinologen von dem Bestehen eines solchen Zusammenhanges überzeugen dürfte. EMIL MAYER.

40) F. H. Brandt. **Geschlossenes Siebbein- und Stirnhöhlenempyem ausgesprochenen Exophthalmus bewirkend. (Closed empyema of the ethmoid and frontal sinuses producing marked exophthalmus.)** *Journ. amer. med. assoc. 14. September 1912.*

Nach Resection der mittleren Muschel und Ausräumung des ganzen nekrotisch gewordenen Siebbeins sank das Auge allmählich wieder zurück und zwar kehrte es sehr schnell in die Mittellinie zurück, jedoch blieb eine geringe Dislocation nach vorn und unten noch bestehen. Als der Ausfluss aus der Nase fast aufgehört hatte, kehrte der Pat. in seine Heimath zurück. Einen Monat nach der

ersten Operation war eine Geschwulst von der Grösse einer kleinen Haselnuss dicht unter dem Orbitalrand nach aussen von dem Foramen supraorbitale sichtbar. Nach Eröffnung der Stirnhöhle fand sich in deren unterer Wand eine Perforation entsprechend jenem Tumor. Die Operation wurde in üblicher Weise vollendet und es trat Heilung ein.

EMIL MAYER.

41) **Walb** (Bonn). **Operation des Siebbeins.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 8. S. 389. 1912.*

Von der Stirnhöhle und von der Kieferhöhle aus ist das Siebbein nicht in toto zu übersehen und auszuräumen. Ebenso hat die intranasale Operation ihre Grenzen. Am vollkommensten ist die orbitale Eröffnung. — Augenärzte sollen sich nur nach gehöriger rhinologischer Schulung mit der Operation befassen.

ZARNIKO.

42) **J. W. Smith. Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraums. (Adenoid vegetations of nasopharynx.)** *Illinois med. journ. October 1912.*

Verf. benutzt seit Jahren eine von ihm angegebene Fingercurette, die auf den Zeigefinger gesteckt wird.

EMIL MAYER.

43) **G. Bilancioni. Der Bau der adenoiden Vegetationen. (La struttura delle vegetazioni adenoidi.)** *Atti della clinica laringoiatrica di Roma. 1912.*

Den Hauptbestandtheil der Arbeit bilden sehr sorgfältige histologische Untersuchungen und eine kritische Uebersicht über die bisher aufgestellten Theorien. Verf. kommt zu dem Schluss, dass die einzige mit dem anatomischen Bau übereinstimmende Annahme die sei, dass in den Follikeln der Rachentonsille der Hauptsitz der Lymphocytogenese ist. Verf. wendet sich mit grosser Schärfe gegen die Ansicht Retterer's, dass die Lymphelemente durch eine Epithelmetaplasie entstehen.

CALAMIDA.

44) **Masip** (Barcelona). **Die adenoiden Vegetationen und die Colitis mucomembranacea. (Las vegetaciones adenoideas y la colitis mucomembranosa.)** *La Meriatria. Januar/Februar 1912.*

Verf. berichtet einen Fall, der zeigen soll, dass Beziehungen bestehen können zwischen adenoiden Vegetationen und den durch eine Colitis muco-membranacea bedingten Verdauungsstörungen.

TAPIA.

45) **Delneuville. Arhythmie des Herzens, geheilt durch Entfernung der adenoiden Vegetationen. (Arhythmie cardiaque guérie par l'ablation des végétations adenoides.)** *Le Scalpel. 2. März 1913.*

Ein weiterer Beitrag zur Lehre der in entfernteren Organen von der Nase aus ausgelösten reflectorischen Störungen.

PARMENTIER.

46) **J. Fein** (Wien). **Ueber die Pathogenese zweier Complicationen nach Adenotomie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 138. 1913.*

1. Steifhaltung des Kopfes nach der Adenotomie. Verf. sieht die

Nackenmusculatur, die sich in solchen Fällen auf Druck regelmässig schmerzhaft erweist, als Sitz der Ursache für die abnorme Kopfhaltung an. Das Kind sucht während der Operation durch Hebung des Kopfes auszuweichen; die kräftigen Hände des Assistenten dagegen sind bestrebt, den Kopf des Kindes nach vorn zu beugen. Bei diesem Kampf werden einzelne Bündel oder Fasern der überanstrengten Nackenmusculatur gezerrt oder gar zerrissen. Dementsprechend sah Verf. die Complication nur auftreten bei Kindern, die der Operation einen ungewöhnlich grossen Widerstand entgegensetzten.

2. Vorübergehend Stärkerwerden des Näselns nach der Operation. Die Ursache dieses postoperativen Näselns liegt nicht in einer Insufficienz oder gar Atrophie der Velummusculatur, sondern ist durch die Zerrung des Velums während der Operation bedingt. OPPIKOFER.

47) Guisez. **Ein wenig bekannter Zufall der Adenoamygdalotomie. Ueber das Hineinfallen der Adenoiden und der Tonsillen in die Luftwege. (D'un accident peu connu de l'adenoamygdalotomie etc.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 11. 1913.*

Von den vier mitgetheilten Krankengeschichten ist die vierte die einzig bemerkenswerthe, insofern als der Fremdkörper extrahirt worden ist. LAUTMANN.

48) K. Kaczynski. **Verbesserte Curette. (Ulepsona skrobaczka.)** *Gaz. lek. No. 48. 1912.*

Verf. beschreibt folgende Modification der Kirstein'schen Curette: Die Stellung des Messers änderte der Verf. derart, dass es verhüllt ist, d. h. es befindet sich unterhalb des Niveaus der Einfassung. Ausserdem füllte er den leeren Raum der Einfassung mit einheitlicher metallischer Bedeckung (entsprechende Zeichnung erläutert den Text). A. v. SOKOLOWSKI.

c) Mundrachenhöhle.

49) M. E. Lando (Oakland-Californien). **Die röntgenographische Darstellung von Formveränderungen des Epipharynx.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 258. 1913.*

Bei seitlicher Schädelaufnahme lassen sich im Röntgenbild Formveränderungen des Epipharynx im Sinne einer Verengerung desselben im antero-posterioren Durchmesser (bei Deformitäten der Schädelbasis und Halswirbelsäule) deutlich erkennen. Diese Formveränderungen können symptomlos verlaufen oder Behinderung der Nasenathmung hervorrufen. Mittheilung von 2 Fällen. OPPIKOFER.

50) K. Freuder (Wien). **Erythema exsudativum multiforme der Mundschleimhaut.** *Wiener med. Wochenschr. No. 4. 1913.*

Ohne gleichzeitig oder vorher aufgetretenes Hautexanthem ist die Schleimhautaffection schwierig zu diagnosticiren, namentlich dann, wenn gleichzeitig mit der Mucosa oris die Genitalien erkrankt sind; hier kann eine Verwechselung mit

Lues leicht erfolgen, doch sind die eigenthümlichen schlaffen Blasen, die weichen Geschwüre und die an diesen hängenden graulichen Epithelfetzen ziemlich charakteristisch. Die Blasen bestehen meist nur wenige Stunden. In zwei Fällen traten die Erscheinungen im Munde sowie auf der Haut zu Beginn des Frühjahres auf.

HANSZEL.

51) **Frank A. Coulon. Infection des Pharynx mit Aspergillus niger. (Infection of pharynx by the aspergillus niger.)** *Journ. amer. med. assoc. 22. März 1913.*

Infectionen mit Aspergillus niger sind zwar am äusseren Ohr beschrieben, soweit Verf. aber die Literatur durchforscht hat, sind keine Infectionen damit im Pharynx beschrieben worden.

Der Pat. des Verf.'s war ein 18jähriger junger Mann, der wegen chronischer katarrhalischer Otitis media in Behandlung war. Bei Inspection des Rachens fand man die Schleimhaut des ganzen Rachens und Nasenrachens von einer schwarzen glänzenden Membran bedeckt. Diese Membran war ganz steif und konnte 4—5 mm weit abgehoben werden, ohne dass sie einriss und darunter kam eine anscheinend normale Schleimhaut zum Vorschein. Ein kleines Stück der Membran wurde in das pathologische Institut des Boston City Hospital zur Untersuchung geschickt und der Bericht lautete, dass sie ganz aus Mycelien und Sporen des Aspergillus niger bestände. Trotz sehr energischer Behandlung konnte der Pilz vier Wochen lang in den Rachensecreten nachgewiesen werden. Infection mit Aspergillus niger ist recht häufig bei Tauben, Schwänen und Hühnern; in diesem Zusammenhang dürfte es von Interesse sein, dass Pat. zwei Tage vor dem Auftreten der Membran mit dem Reinigen eines Hühnerverschlags beschäftigt war.

EMIL MAYER.

52) **Weil. Ein Fall von Angiosarkom des Pharynx mit Sarkom der Haut.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 11. April 1913. *Wiener klin. Wochenschr. No. 16. 1913.*

Während der Rachentumor histologisch sich als ein Angiom erwies, ergab die Untersuchung einer in der Kehlkopfgegend sitzenden, haselnussgrossen Lymphdrüsengeschwulst den überraschenden Befund eines Myxosarkoms.

Zu diesem Falle spricht Paltauf, der u. a. auf die von Virchow betonte Thatsache hinweist, dass die Metastasenbildung durchaus nicht von der primären Malignität des Geschwulstgewebes abhängt, sondern dass zweifellos auch andere Factoren, z. B. Beschaffenheit des Organismus eine Rolle spielen.

O. CHIARI.

53) **Marschik. Pharynxplastik.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 25. October 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 44. 1912.*

Demonstration eines Falles von Pharynxplastik wegen hochgradiger Stenose des Pharynx, erzeugt durch schrumpfendes Sklerom bei einem 30jährigen Lehrer aus Mähren.

HANSZEL.

54) **Gault. Vier Fälle von Rachentumoren auf buccalem Wege operirt. (Quatre cas de tumeurs du pharynx opérées par voie buccale.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXIV. No. 2. 1912.*

Abdruck von vier Krankengeschichten, die bereits im Bericht für den französischen Congress für Otorhinolaryngologie 1912 erschienen sind.

LAUTMANN.

55) **Charles W. Kollock. Ein ungewöhnlicher Fall von Uvula elongata. (An unusual case of elongated uvula.)** *The Laryngoscope. Juli 1912.*

Die Uvula, die wie ein Wurm aussah, war so lang, dass sie bis zu den beiden oberen Schneidezähnen reichte, zwischen denen sie festgeklemmt war. Dadurch, dass sie immer in dieser Lage festgehalten war, war ihr Ende vollkommen abgeplattet worden. Wenn der Pat. hustete oder expectorirte, wurde die Uvula zwischen die Zähne geschleudert und hier festgehalten, bis er sie mit dem Finger loslöste. Manchmal lag sie auf der Zunge oder fiel tief in den Rachen, wo sie merkwürdigerweise wenig oder keine Reizung verursachte. Die elongirte Partie wurde abgetragen.

EMIL MAYER.

56) **Harold Hays. Circumcision der Uvula. (Circumcision of the uvula.)** *The Laryngoscope. Juli 1912.*

Das „Uvulotom" des Verf.'s ist nach dem Muster eines Mackenzie'schen Tonsillotoms construirt; es schneidet ein V aus der Uvula, wie ein Cigarrenabschneider ein V aus der Cigarre schneidet. Die Schnittwunde wird dann durch einen feinen Catgutfaden zusammengenäht.

EMIL MAYER.

57) **Samuel McCullagh. Drei Fälle von acuter Angina follicularis mit ungewöhnlichen Folgen. (Three cases of acute follicular tonsillitis with unusual sequela.)** *The Laryngoscope. October 1912.*

Die Folgen bestanden in septischer Infection. Es trat Heilung ein. Verf. hebt den günstigen Einfluss hervor, den er bei Kehlkopfsymptomen durch Application von Blutegeln gesehen hat.

EMIL MAYER.

58) **Andereya** (Hamburg). **Abgelaufene Plaut-Vincent'sche Angina mit grobem Substanzverlust.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 37. S. 1767. 1912.*

Schwere Angina ulcero-membranacea der rechten Seite. Im Abstrichpräparat die beiden Erreger in Reincultur, keine Diphtheriebacillen. Fieber bis 39,8°. Im Beginn der dritten Woche Reinigung. Verlust des hinteren Gaumenbogens bis auf eine kleine Strecke am Zäpfchen, Mandelgewebe zerstört, seichter Gewebsverlust an der Epiglottis. Therapie war lediglich symptomatisch. Salvarsan will Verf. nur für die schwersten Fälle in Betracht ziehen.

ZARNIKO.

59) **V. Delsaux. Beitrag zum Studium der Complicationen bei Angina fusospirillaris. (Contributions à l'étude des complications de l'angine fusospirillaire.)** *La Presse oto-laryngologique belge. No. 4. 1913.*

Die Angina Vincenti wird nicht durch den Vincent'schen Bacillus allein verursacht, sondern durch eine Association von Mikroben: nämlich der Spirochaeta buccalis oder dentaria, sie steigert die Virulenz des Vincent'schen Bacillus derart, dass die Prognose dadurch erheblich schlechter wird. Verf. glaubt, dass man ausser localer Aufpulverung von Salvarsan gleichzeitig das Mittel in mittlerer Dosis intravenös injiciren solle, sobald die Blutuntersuchung den Beginn einer Hypoglobulie anzeigt oder andere Complicationen zu fürchten sind.

PARMENTIER.

60) **J. S. Goetz. Angina Vincenti. (Vincent's Angina.)** *The medical Herald. Februar 1913.*

Verf. kommt au folgenden Schlüssen: 1. Die Angina Vincenti ist keine seltene oder ungewöhnliche Krankheit. 2. Sie ist nicht eine sich auf die Tonsillen beschränkende Infection, geht auch nicht stets von hier aus, sondern tritt häufig als extratonsillare Infection auf, die sich über das Zahnfleisch erstreckt. 3. Gewöhnlich handelt es sich um eine primäre locale Erkrankung der Mund- oder Rachenhöhle; häufig jedoch auch um eine secundär zu einer vorher bestehenden Entzündung hinzutretende Infection. In jedem einigermaassen verdächtigen Fall von Halsentzündung soll ein Ausstrichpräparat gemacht werden.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

61) **G. B. Wood. Tonsille und Tuberculose. (The tonsil and tuberculosis.)** *Pennsylvania medical journal. Juni 1912.*

Nach dem Ergebniss der vom Verf. angestellten Experimente war die Lungentuberculose, die nach Infection der Tonsillen und darauffolgenden Vereiterung der Halsdrüsen sich entwickelte, stets eine miliare, die dadurch zu Stande kam, dass die Bacillen auf dem Wege durch den jugularen Lymphstrang zu den Blutgefässen gelangten und so in den Organismus Eingang gewannen. In keinem Fall war eine directe Ausbreitung der Erkrankung auf die Lungenspitze nachweisbar.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

62) **Reiner. Tuberculose der Tonsillen.** Wiener dermatologische Gesellschaft, Sitzung vom 30. October 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 51. 1912.*

Verf. stellt einen 30jährigen Mann vor, bei welchem die Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberculose der Tonsillen einige Schwierigkeiten darbot.

HANSZEL.

63) **Worton L. Wilson. Tonsillarschanker; nebst Bericht über einen Fall. (Chancre of the tonsil with report of a case.)** *The Laryngoscope. Sept. 1912.*

Es handelt sich um einen Fall von Lues insontium. Verf. weist darauf hin, dass man nach erfolgter Salvarsanbehandlung stets durch Blutuntersuchungen controliren muss, ob Pat. frei von Krankheit ist oder nicht; andernfalls die Behandlung zwecklos sei.

EMIL MAYER.

64) **Carl Molly. Ueber säurefeste Stäbchen in hypertrophischen Gaumentonsillen und adenoiden Vegetationen der Nasenrachenwand.** *Inaug.-Dissert. Bonn 1912.*

1. In den Tonsillen oder Rachenmandeln von 14 nicht nachweisbar an Tbc. erkrankten Patienten fand sich keinmal histologisch Tbc. 2. In 12 von diesen 14 Fällen fanden sich säurefeste Bacillen, die wahrscheinlich als Tuberkelbacillen zu deuten sind. 3. Wahrscheinlich besteht ein Zusammenhang zwischen Stäbchen und Hypertrophie derart, dass die Stäbchen im Verein mit anderen Bakterien einen Entzündungsreiz setzen.

FINDER.

65) **H. T. Ashby. Die Ursache der Tonsillenhyperplasie und Adenoiden und deren Behandlung mit Lymphdrüsenextract. (The cause of enlarged tonsils and adenoids and their treatment with lymphatic gland extract.)** *Brit. med. journ. 31. März 1913.*

Verf. betrachtet die Hyperplasie der Gaumen- und Rachentonsille als einen Versuch, die Mangelhaftigkeit des anderen lymphatischen Gewebes im Körper auszugleichen.

Er hat mit günstigem Resultat 30 Fälle mittels eines Extracts von Lymphdrüsengewebe behandelt.

A. J. WRIGHT.

66) **Kuttner** (Berlin). **Tonsillotomie oder Tonsillektomie?** *Med. Klinik. No. 21. 1913.*

Die Tonsillektomie hält Verf. für angezeigt, wenn die Tonsillen tuberculös, carcinomatös und ähnlich erkrankt sind, sonst aber erklärt er sie nur dann für gerechtfertigt, wenn die Tonsillen — ihr unheilvoller Einfluss auf den Gesammtorganismus vorausgesetzt — so tief in den Gaumennischen liegen, und so fest mit deren Wänden verwachsen sind, dass eine wirkungsvolle Tonsillotomie technisch unmöglich ist.

SEIFERT.

67) **H. Kohn. Chinin-Harnstofflösung als Localanästheticum für Tonsillektomie. (Quinine-urea hydrochloride solution as a local anesthetic for tonsillectomy.)** *Therapeutic gazette. Juli 1912.*

Verf. spritzt eine verhältnissmässig grosse Menge der Lösung in die Tonsille und deren Umgebung ein und wartet dann 10 oder 15 Minuten. Die Operation ist schmerzlos und die Gefahr der Blutung wird auf ein Minimum reducirt.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

68) **Penichet. Beitrag zum Studium der Tonsillektomie. (Contribución al estudio de la amigdalectomia.)** *Crónica médico quirurgica de la Habana. 15. December 1912.*

Verf. empfiehlt die Tonsillektomie mit der Drahtschlinge, nach vorheriger Ablösung von den Gaumenbögen.

TAPIA.

69) **F. O'Malley. Enucleation der Tonsille und Entfernung von Adenoiden unter Lachgasnarkose. (Enucleation of the tonsils and removal of adenoids under nitrous oxide anesthesia.)** *Brit. med. journ. 5. April 1913.*

Verf. empfiehlt Entfernung der Tonsillen mit einer Guillotine nach der Sluder'schen Methode; er meint, wenn die angewandte Guillotine klein genug sei, so gelinge die Enucleation in jedem Fall. Er hat die Methode in 1000 Fällen angewandt.

A. J. WRIGHT.

70) **H. B. Hitz. Ein verbesserter Mundsperrer für Tonsillektomie. (An improved mouth-gag for tonsillectomy.)** *Wisconsin med. journ. April 1912.*

Es handelt sich um eine Modification des Sewell'schen Mundsperrers; in den Zungendepressor ist eine Röhre eingeführt, durch welche von einem Aetherverdampfapparat aus, der mittels eines Fussblasebalgs betrieben wird, Aether eingeleitet wird.

EMIL MAYER.

71) **Oscar Wilkinson. Eine neue Tonsillenzange. (A new tonsil forceps.)** *Journ. amer. med. assoc. 3. August 1912.*

Die Zange ist im Winkel abgesetzt, so dass die Hand nicht das Operationsfeld verdeckt, sie reisst nicht aus. Verf. bedient sich bei der Tonsillektomie zweier solcher Zangen: mit der einen fasst er die Tonsille nahe ihrem oberen Pol, mit der anderen den obersten Rand der Kapsel; es ist dann leicht, mit einem stumpfen Dissector hinter die Tonsille zu kommen, was bei Ausschälung der Tonsille in ihrer Kapsel bekanntlich das schwerste ist.

EMIL MAYER.

72) **William S. Windle. Eine neue Tonsillenscheere. (A new tonsil-scissors.)** *Journ. amer. med. journ. assoc. 30. September 1911.*

Das eine Blatt ist gezähnt, das andere glatt, wodurch es leicht ist, weiches zerreissliches Gewebe zu schneiden. Die Scheere dient geschlossen als Dissector; sie wird zwischen Gaumenbogen und Tonsille eingeführt und dann kräftig geöffnet. Die Tonsille wird dadurch freigemacht und für die Anlegung der Schlinge vorbereitet.

EMIL MAYER.

d) Diphtherie und Croup.

73) **C. A. Smith. Diphtherie. Einige Beobachtungen nach Inspection von 22000 Schulkindern während zweier Jahre hintereinander. (Some observations after inspection of 22000 school children for two successive years.)** *Atlanta journ. record of medicine. Januar 1913.*

Verf. fasst seine Beobachtungen, die er in den Schulen von Atlanta angestellt hat, zusammen; aus ihnen geht hervor, dass nur wenige Fälle von wahrer Diphtherie zur Meldung der Gesundheitsbehörde gelangen und dass, wenn diese Fälle erkannt und gemeldet sind, eine ordentliche Quarantäne nicht möglich ist. Er hält daher für viel wichtiger, als die Quarantäne, dass die Widerstandsfähigkeit der Kinder gehoben wird.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

74) **Gouget. Die chronische Diphtherie der Luftwege. (La diphthérie chronique des voies respiratoires.)** *Presse méd. No. 18. 1913.*

Es werden für die französischen Leser die letzterschienenen Arbeiten von E. Reye, Petruschky, Beyer, A. Schmidt resumirt. Eine echte chronische Diphtherie ist bisher nicht mit Sicherheit beobachtet worden, aber die Möglichkeit derselben (namentlich chronische fibrinöse Bronchitis) kann nicht geleugnet werden.

LAUTMANN.

75) **Louis Fischer. Frühzeitige Darreichung grosser Dosen Antitoxin als Mittel zur Verhütung von Kehlkopfstenosen. (Large doses of antitoxin given early a means of preventing laryngeal stenosis.)** *Medical record. 22. Febr. 1913.*

Verf. hat sich folgende beide Regeln bei der Intubation und Extubation zu eigen gemacht: Erstens Gewalt vermeiden und damit auch Verletzungen vermeiden. Das ist die Hauptregel. Zweitens nicht in Eile vorgehen. Wenn auch bei schwerer Kehlkopfstenose die Vorbereitungen und die Auswahl der geeigneten Tube schnell

geschehen müssen, so muss man bei der eigentlichen Einführung des Instruments sorgsam zu Werke gehen. Das nervöse und erschreckte Kind muss beruhigt werden, besonders wenn es sich um die Extubation handelt. Verf. giebt gewöhnlich in den zwölf der Entfernung der Tube vorhergehenden Stunden ein Antispasmodicum (Codein oder Bromnatrium mit Chloralhydrat). Diese Medication soll auch 24 Stunden lang nach der Extubation fortgesetzt werden. Auch Dower'sches Pulver eignet sich in diesen Fällen sehr.

In schweren Fällen von Diphtherie ist es besser, 10000 I.-E. subcutan zu geben. Im Allgemeinen sollte im Laufe von 12 Stunden hinterher eine Besserung zu verzeichnen sein. Wenn septische Erscheinungen offenbar sind, besonders wenn der Fall einige Tage alt und noch nicht behandelt ist, so ist das schnellste Mittel zur Zerstörung des diphtherischen Giftes die Injection von 10000—20000 Einheiten in die Vena basilica media.

EMIL MAYER.

76) **Blanc** (Genf). **Diphtherischer Croup bei einem Knaben von 19 Monaten, Tubage, Retropharyngealabscess, Incision, Eiter, Glottisödem, Tracheotomie, Bronchopneumonie, Heilung. (Croup diphtérique etc.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 2. 1913.*

Der Verlauf des Falles ist ersichtlich aus dem Titel. Ob nicht vielleicht der Retropharyngealabscess und das Glottisödem bei dem kleinen Patienten durch die Tubage verursacht wurde?

JONQUIÈRE.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

77) **Richard H. Johnston. Directe Laryngoskopie zur Entfernung von Kehlkopfgeschwülsten. (Direct laryngoscopy in the removal of laryngeal tumors.)** *The Laryngoscope. October 1912.*

Verf. berichtet über eine Anzahl von Fällen, an deren Hand er zeigen will, dass, wo auch die Tumoren ihren Sitz haben, ihre Entfernung mittels der directen Methode leichter ist, als mit der indirecten. Bei kleinen vorn sitzenden Tumoren bei Kindern kann allgemeine Narkose nothwendig werden. Bei multiplen Papillomen ist die allgemeine Narkose zum mindesten überflüssig.

EMIL MAYER.

78) **Buys. Entfernung der Sängerknötchen mittels der orthoskopischen Methode. (Enlèvement des nodules des chanteurs par la méthode orthoscopique.)** *La Policlinique. No. VII. 1913.*

Pinselung der Epiglottis mit Cocainlösung; Anästhesirung des N. laryngei superioris durch Injection von Novocain und Alkohol. Da die Patientin aber die Einführung der Röhre nicht vertrug, so musste zur Chloroformnarkose geschritten werden. Das angewendete Instrument war das von Hill. Das erzielte Resultat war ausgezeichnet.

PARMENTIER.

79) **E. Halphen** und **F. Fontaine. Vier Fälle von diffusen recidivirenden Kehlkopfpapillomen der Kinder mittels Laryngostomie geheilt. (Quatre cas de papillomes laryngés diffus récidivants de l'enfance guéris par la laryngostomie.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 4. 1913.*

Die Patienten (3 im Alter von 15 Jahren und einer 8jährig) sind durch

Laryngostomie vollständig von ihrer diffusen Papillomatose befreit worden. Die zwei ersten Patienten haben vorher schon eine ganze Reihe von Behandlungsmethoden durchgemacht, der dritte Patient wurde sofort laryngostomirt, während am vierten Patienten eine Nothtracheotomie gemacht werden musste, der dann einige Wochen später die Laryngostomie nachgesandt wurde. Es wird zum Schluss die Technik der Laryngostomie beschrieben. Die Autoren empfehlen zum Schliessen der Stomie eine doppelte Lappenbildung, die der Gluck'schen nachgeahmt ist.

LAUTMANN.

80) **Jimenez Encina** (Madrid). **Recidivirende Kehlkopfpapillome bei Kindern. (Papilomas recidivantes en los ninos.)** *Espana medica. 1. December 1911.*

Verf. hält die Entfernung per vias naturales mit oder ohne vorhergehende Tracheotomie für die Methode der Wahl.

TAPIA.

81) **G. Ferreri. Verruca spinosa des Kehlkopfs. (Verruca spinosa della laringe.)** *Atti della clinica otorinolaringoiatrica. 1911.*

Die Neubildung sass bei einem 59jährigen Mann auf dem linken Stimmband und hatte die Grösse einer Haselnuss. Sie wurde mittels Laryngotomie entfernt.

CALAMIDA.

82) **J. Preindlsberger** (Sarajevo). **Ein Fall von Fibrom des Sinus pyriformis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 319. 1913.*

Bei 60 Jahre alter Bäuerin bestand seit 3 Jahren ein Hinderniss beim Schlucken. Allmählich konnte Patientin eine zungenförmige Geschwulst von rother Farbe und ziemlich glatter Oberfläche aus dem Munde herausziehen; der Durchmesser des keulenförmigen Endes maass $1\frac{1}{2}$ cm, und der Stiel war etwa bleistiftdick. Da die Entfernung der aus dem linken Sinus pyriformis entspringenden Geschwulst per vias naturales nicht gelang, so wurde die Pharyngotomia subhyoidea ausgeführt. Histologischer Befund: Plattenepithel und Bindegewebe, keine Drüsen.

OPPIKOFER.

83) **A. Morgan MacWhinnie. Gestieltes Sarkom und Myxom des Kehlkopfs. (Pedunculated sarcoma and myxoma of larynx.)** *New York med. journ. 26. October 1912.*

Bei dem an Athemnoth und Heiserkeit leidenden Pat. sah man das Larynxlumen fast völlig verlegt durch zwei runde gestielte Geschwülste, die unmittelbar unterhalb der vorderen Commissur entsprangen. Bereits 30 Stunden nach der Consultation wurde Verf. benachrichtigt, dass Pat. am Ersticken sei. Pat. wurde sofort ins Krankenhaus gebracht und tracheotomirt und gleich die Laryngofissur angeschlossen und die Tumoren entfernt. Sie wurden als ein Sarkom und Myxom diagnosticirt.

EMIL MAYER.

84) **T. della Vedova. Sieben totale Laryngotomien. (Sette laringotomie totali.)** *La Pratica oto-rino-laringoiatrica. No. 4. 1913.*

In 6 Fällen handelte es sich um Kehlkopfkrebs, in einem um diffuse Papillome im Larynx und Anfangstheil der Trachea. Bei einem der wegen Krebs operirten

Fälle, bei dem nach der Operation die Canüle in situ gelassen war und der Larynx tamponirt wurde, erlag der Pat. einer Lungencomplication; Verf. ist geneigt, den Verlust des Pat. der in diesem Fall befolgten Operationstechnik zuzuschreiben. Von den anderen 5 Fällen datirt bei dem ältesten die Heilung seit 55 Monaten. Verf. schafft sich einen weiten Zugang zu dem Tumor, indem er von der Membrana thyreoidea an den Kehlkopf und noch die ersten drei bis vier Trachealknorpel spaltet. Nach Abtragung der Tumors verschorft er die Oberfläche mit dem Galvanokauter und näht dann sofort die Knorpel und darüber in zwei Etagen die Haut-Muskelwunde.

FINDER.

85) **Della Vedova** und **L. Castellani** (Mailand). **Endresultate zweier Larynxcarcinome, welche frühzeitig durch äussere conservative Operation behandelt wurden.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. u. ihre Grenzgeb. Bd. 6. S. 55. 1913.*

In beiden Fällen Laryngofissur und Abtragen des Stimmbandes, an dem das circumscripte Carcinom sass. Kein Recidiv nach 4 Jahren resp. 11 Monaten.

OPPIKOFER.

86) **Botey** (Barcelona). **Die Laryngektomie beim Kehlkopfkrebs. (La laringectomia en el cancer laringeo.)** *Academie des sciences de Catalonia. 4. December 1912.*

Verf. empfiehlt als die allen anderen überlegene Methode diejenige Gluck's.

TAPIA.

87) **G. D'Oria. Partielle Ausräumung des Kehlkopfs mit totaler Abtragung der Epiglottis. (Parziale svuotamento del laringe con asportazione totale dell' epiglottide previa laringofissura.)** *Arch. ital. di laringologia. April 1912.*

Es handelte sich um ein Adenocarcinom des Kehlkopfs, operirt von Prof. Biondi. Pat. ist seit 44 Monaten geheilt, schluckt flüssige und feste Speisen und spricht mit normaler Stimme.

CALAMIDA.

88) **Meyerson. Ein Beitrag zur Casuistik des Kehlkopfkrebses. (Przyczynek do kazuistyki raha krtani.)** *Medycyna. No. 12. 1913.*

Nach totaler Exstirpation des Kehlkopfes mit Einnähen der Trachea in die Hautwunde lebte Pat. noch 11 Jahre hindurch und starb als 78jähriger Greis in Folge einer krebsartigen Entartung des Oberschenkels. In der operirten Gegend des Halses entstand die ganze Zeit hindurch kein Recidiv.

A. v. SOKOLOWSKI.

89) **Buys. Vorstellung eines vor 7 Jahren wegen Epithelioms Laryngektomirten. (Présentation d'un sujet laryngectomisé il y a 7 ans pour épithéliome.)** *La Policlinique. No. 7. 1913.*

Kein Recidiv; ausgezeichneter Allgemeinzustand. Die mikroskopische Untersuchung hatte die Diagnose Krebs bestätigt. Es war die ganze linke Kehlkopfhälfte befallen gewesen. Die Operation war in 2 Zeiten gemacht worden. Pat. hatte zuerst einen künstlichen Kehlkopf getragen, spricht jetzt mit Pharynxstimme.

PARMENTIER.

90) **L. Makara** (Kolozsvár, Ungarn). **Ueber die Kehlkopfexstirpation und die Stimmbildung ohne Kehlkopf.** *Gyogyaszat. No. 46. 1912.*

Beschreibung eines Falles, welcher nach Gluck's Methode operirt wurde. Pat. spricht mit vernehmbarer Pharynxstimme.

POLYAK.

91) **G. Broeckaert. Einige Eingriffe wegen Trachealtumoren. (Quelques interventions pour tumeurs de la trachée.)** *La Presse oto-laryngologique belge. No. 3. 1913. — Le Larynx. No. 2. 1913.*

Verf. hat innerhalb 20 Jahren Gelegenheit gehabt, 5 Trachealtumoren zu operiren. Ein Granulationstumor bei einem Kind, das wegen Croup tracheotomirt worden war; ein Fall von Papillomen; ein primäres Carcinom und ein secundär vom Schildknorpel aus fortgeleitetes; der fünfte Fall betraf einen 32jährigen Mann, der an Erstickungsanfällen litt, als deren Ursache sich ein nussgrosses Fibrom an der hinteren Trachealwand herausstellte. Die Entfernung geschah durch Operation von aussen.

PARMENTIER.

92) **Richard H. Johnston. Ein wahrscheinlicher Lungentumor mittels oberer Bronchoskopie diagnosticirt. (A probable tumor of the lung diagnosed by upper bronchoscopy.)** *The Laryngoscope. Februar 1913.*

62 jähriger Mann mit hartnäckigem Husten und Blutauswurf. Bei der Bronchoskopie wurde rechts im Anfangstheil eines Bronchus dritter Ordnung eine leicht blutende Masse gefunden. Mangels einer passenden Zange wurde kein Stück davon zur Probe excidirt. Pat. war acht Monate vorher am rechten Auge wegen eines Sarkoms des Ciliarkörpers operirt worden.

EMIL MAYER.

93) **C. C. Lord. Eine Crevette im Bronchus. (A strimp in the bronchus.)** *Brit. med. journ. 21. December 1912.*

$8^1/_2$ Monate altes Kind aspirirte eine Crevette; sofort Dyspnoe. Nach Verabfolgung von Ipecacuanha trat Erbrechen auf und es wurden Stücke der Crevette zu Tage gefördert und die Dyspnoe liess nach. Am nächsten Tage konnte nur noch constatirt werden, dass das Athemgeräusch über der ganzen rechten Lunge herabgesetzt war. Nach heftigem Hustenanfall wurde der Kopf der Crevette zu Tage befördert, der im rechten Bronchus gesessen hatte. Heilung.

JOHN WRIGHT.

94) **F. G. Hodgson. Nadel im Bronchus. (Pin in the bronchus.)** *Atlanta journal record of med. December 1911.*

8 Monate altes Kind. Die Stecknadel sass mit dem Kopf nach unten im rechten Bronchus. Die Nadel wurde von der Tracheotomiewunde aus mit einer Zange unter Schwierigkeit entfernt.

EMIL MAYER.

95) **Richard H. Johnston. Ein merkwürdiger Unfall während einer bronchoskoptschen Untersuchung. (A curious mishap during a bronchoscopic examination.)** *The Laryngoscope. September 1912.*

Die Einführung des Bronchoskops gelang ohne jede Schwierigkeit. Die erkrankte Stelle war eingestellt und es sollte eine locale Application von Argent.

nitr. erfolgen, als plötzlich die Pat. zu wanken begann und cyanotisch wurde. Verf. versuchte das Rohr herauszuziehen, die Pat. hatte jedoch die Zähne fest darauf gebissen und es zeigte sich, dass sie völlig bewusstlos war. Unter künstlicher Athmung, Strychnin- und Digaleninjectionen kam sie allmählich wieder zu sich. Der Anfall sah aus wie eine epileptische Attacke, jedoch hatte Pat. nie einen ähnlichen Anfall gehabt. Augenscheinlich lag ein Spasmus der Brustmuskeln vor, durch den die Athmung völlig aufgehoben wurde. EMIL MAYER.

96) **E. W. Benham. Fremdkörper von der Bifurcation mittels unterer Bronchoskopie entfernt. (Foreign body removed from bifurcation of trachea by lower bronchoscopy.)** *Northwestern medical journal. August 1912.*

13 Monate altes Kind hatte eine Erdnuss (pea-nut) aspirirt. Der Fremdkörper wurde mittels unterer Bronchoskopie an der Bifurcation entdeckt und ohne Schwierigkeit entfernt. EMIL MAYER.

97) **Hoffmann** (Greifswald). **Fremdkörperextraction aus der Trachea.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4. S. 195. 1912.*

Pflaumenkern, nach Tracheotomie bronchoskopisch vergebens gesucht, danach Absuchen mit der Kornzange, wobei der Fremdkörper unter dem Larynx gefasst und extrahirt wird. ZARNIKO.

98) **Guisez** und **J. Stodel. Die intrabronchialen und intrapulmonalen Injectionen. (Injections intrabronchiques et intrapulmonaires.)** *Presse médicale No. 76. 1912.*

Nach vorheriger Cocainisation des Kehlkopfes und der Trachea wurden mittels einer eigenen Spritze 20 ccm in die Trachea eingegossen und zwar je nach Indication Gomenolöl (5—10 pCt.), Gaïacolöl (5 pCt.) mit oder ohne Zusatz von Jodoform 0,25 cg, Argyrol (5 pCt.). Es wurden gute Resultate in allen Fällen von Tracheitis erzielt. Desgleichen sind in einer Reihe von Lungengangrän, einige mit verzweifelter Prognose, Heilungen erzielt worden. Untersuchungen über die Behandlung der Lungentuberculose sind im Wege. Fünf Fälle von Ozaena trachealis wurden geheilt und eine ganze Reihe (10) von Bronchiektasien zum mindesten gebessert. Es ist also im Allgemeinen dasselbe erreicht wie in den Fällen Ephraim's, nur ist die Technik eine einfachere, indem es genügt, die Canüle der Spritze bis in die Trachea einzuführen und den Patienten nachher, je nachdem man die linke oder rechte Seite behandeln will, entsprechend zu lagern. Einige Thierversuche werden mitgetheilt. LAUTMANN.

99) **Revillet** (Cannes). **Perforation des rechten Bronchus in Folge perilaryngealer Phlegmone. (Perforation de la bronche droite consécutive à un phlegmon péri-laryngé.)** *Lyon médical. 6. October 1912.*

Die Phlegmone öffnete sich zuerst auf der linken Seite in den Larynx. Wenige Tage darauf zeigte sich aber eine gleiche Phlegmone auf der rechten Seite und diese öffnete sich in den rechten Bronchus. Nach Annahme des Verf.'s handelte

es sich höchst wahrscheinlich um eine secundäre Adenophlegmone, die sich an der Basis des rechten Bronchus entwickelt hatte und unabhängig von der Phlegmone seitlich vom Larynx war.

GONTIER DE LA ROCHE.

f) Schilddrüse.

100) **Oswald** (Zürich). **Die Schilddrüse und ihre Rolle in der Pathologie.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 22. 1913.*

Vortrag im ärztlichen Centralverein der deutschen Schweiz, Oct. 1912, betreffend Kropf, Kretinismus, Myxödem, Basedow, benignen Hyperthyreoidismus etc. Die höchst interessante Arbeit hebt hauptsächlich hervor, dass das Jodthyreoglobin (nicht das Jodothyrin), ein jodhaltiger Eiweissstoff, als einziges jodhaltiges Secret der Schilddrüse der specifische Wirkstoff ihrer inneren Sekretion ist, und dass sie denselben direct an die Blut- und Lymphgefässe abliefert. Der Ausfall dieser Secretion habe künstliches, operatives oder spontanes Myxödem zur Folge. Die Hypersecretion dagegen führe zu einem basedowartigen Krankheitszustande, genüge aber nicht, um den eigentlichen Basedow zu erzeugen, sondern verstärke ihn nur. Zum eigentlichen Basedow gehöre eine einleitende Schädigung des Nervensystems. Mit der Jodmedication scheint das Jodthyreoglobulin die Eigenschaft zu theilen, dass es nur nervös Prädestinirte krank mache, d. h. echten Basedow bezw. Jodbasedow erzeuge. Von letzterem sei der Jodismus zu unterscheiden, der Folge grosser Joddosen ist. Bei schweren Fällen von Basedow spiele auch die Hypertrophie der Thymus eine wichtige Rolle. Das Fehlen der Thymussecretion sei höchstwahrscheinlich die eigentliche Ursache des congenitalen Kretinismus, der sich durchaus nicht parallel zur Schilddrüsenatrophie entwickle, da junge Kretins gewöhnlich anfänglich normal functionirende Schilddrüsen hätten.

Bezüglich der Schweiz betont Verf., dass bei den Recrutirungen jährlich 3000 Mann wegen Kropf als militäruntauglich erklärt werden, was in 10 Jahren zum Verlust eines ganzen Armeecorps führe; dass also der Kropf in der Schweiz eine schwere Volksseuche sei, die systematisch und energisch bekämpft werden müsse.

JONQUIÈRE.

101) **K. Feiler. Ueber eine neue Behandlungsmethode von Strumen und des Morbus Basedowii.** Parksanatorium Judendorf (VII. österreich. Balneologencongress in Meran 1912). *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1912.*

Empfehlung der Anwendung von Diathermie, wodurch bei 6—8wöchiger Behandlung eine Reduction des Halsumfanges um 1—3 cm und Besserung des Allgemeinbefindens erzielt wurde.

HANSZEL.

102) **Kuhn** (Berlin-Schlachtensee). **Ueber das häufige Vorkommen leichter Basedowfälle und ihre günstige Beeinflussung durch hygienisch-klimatische Factoren.** *Med. Klinik. No. 21. 1913.*

Aus einer Anzahl von Beobachtungen an Soldaten mit leichtem Basedow, die ganz gut den anstrengenden Dienst als Pioniere versehen konnten und dabei ihre Beschwerden zum grössten Theil verloren, zieht Verf. den Schluss, dass man be-

züglich der Ruhebehandlung nicht allzu ängstlich zu sein braucht. Um jeden Druck auf die Schilddrüse zu vermeiden, müssen solche Individuen stets weite Kragen tragen.

SEIFERT.

103) **Binz** (Basel). **Ueber die Basedow'sche Krankheit.** Vortrag vom December 1912. *Schweizer Rundschau f. Medicin. No. 10.*

Der Kropf ist bei Basedow immer mehr oder weniger vasculär, zeigt oft arterielles Schwirren und schwillt in Folge psychischer und anderer Erregungen gern an. Dermographische Striche und Quaddeln halten lange aus. Das vierte Cardinalsymptom ist allgemeine Nervosität und Tremor. Besonders wichtig für die praktischen Aerzte seien die weniger typischen Fälle, formes frustes, die sehr häufig vorkommen, verkannt werden und der Therapie zugänglich seien, aber eines oder das andere der Cardinalsymptome missen lassen, z. B. das Glotzauge. Constant seien dagegen die vasculären Symptome und der Tremor. Bei Fehlen eines Cardinalsymptoms sind besonders wichtig die secundären Zeichen. Muskelschwäche in den Schenkeln, Unmöglichkeit tiefer Inspirationen, Dysmenorrhoe, chronische Diarrhoen, Hyphidrosis, Herabsetzung des elektrischen Widerstandes von 4000 Ohm auf 1000, Neuralgien, trophische Störungen, Ausfall der Haare, Pigmentirung der Haut; hastiges Wesen; Beginn im Anschluss an psychische Erregungen. Charcot nennt den Basedow eine Nervenkrankheit. Zwei Causaltheorien: die neuropathologische und die thyreogene, nach Verf. einander coordinirt; Sympathicus- oder Bulbärläsion. Behandlung: Bettruhe, Höhenklima, stabile Galvanisation (Anode im Jugulum), Natrium phosphoricum, Baldrianthee als kalter Aufguss; Opotherapie; Serum thyreopriver Hammel, Milch thyreopriver Ziegen; die chirurgische Behandlung, partielle Strumektomie mit Arterienligatur (Kocher), sei für schwere Fälle und für solche aufzusparen, welche durch die Krankheit arbeitsunfähig werden, aber lange Kuren nicht durchmachen können.

JONQUIÈRE.

g) Oesophagus.

104) **Guisez. Die angeborenen Oesophagusstenosen. (Les sténoses congénitales de l'oesophage.)** *Presse médicale. No. 27. 1913.*

In Anlehnung an vier eigne Fälle giebt Verf. eine Beschreibung dieses Krankheitsbildes, das ohne Oesophagoskopie nicht zu erkennen ist und gewöhnlich als spastische Stenose des Oesophagus betrachtet und so (selbstverständlich nutzlos) behandelt wird. Die Stenose sitzt gewöhnlich in der Nähe der Cardia, was aus embryologischen Gründen erklärlich ist. So wie alle Speiseröhrenerkrankungen, von den Aetznarben abgesehen, findet sich die congenitale Stenose häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlechte. In Folge der mangelhaften Ernährung bleiben die Patienten im Wachsthum zurück, können aber ein höheres Alter erreichen, da z. B. der eine Patient Guisez' 31 Jahre alt war, als er von G. ösophagoskopirt wurde. Im Oesophagoskop lässt sich in der Nähe der Cardia an der stenosirten Stelle eine Klappe mit dem scharfen Rand erkennen, was die Diagnose sichert. Die Behandlung richtet sich heute nach den bekannten ösopha-

goskopischen Principien (Heilung der Oesophagitis, langsame Dilatation), wozu dann noch die Section der Klappe kommt oder besser noch die Elektrolyse.

LAUTMANN.

105) **W. Winter. Ein Fall von röhrenförmiger Ausstossung einer Oesophagusmembran nach Lysolvergiftung.** *Dissert. Cöln a. Rh. 1910.*

Es ist bekannt, dass es nach dem Verschlucken von Laugen oder Säuren zur Ausstossung mehr oder weniger vollständiger membranöser Ausgüsse der Speiseröhre kommen kann. Dagegen konnte Verf. in der Literatur keinen Fall finden, bei welchem es nach Lysolverätzung zu einer Ausstossung der Speiseröhrenschleimhaut gekommen ist.

Die 48 Jahre alte Frau hatte ungefähr 30 g Lysol getrunken; das 10 Tage nach dem Vergiftungsversuch herausgewürgte nekrotisch aussehende Rohr hatte eine Länge von 23 cm und war 1—2 mm dick. An dem nekrotischen Gewebe liessen sich bei der mikroskopischen Untersuchung Mucosa, Muscularis mucosae und Submucosa noch deutlich erkennen; das Epithel war grösstentheils noch vorhanden. Die Loslösung der Membran hatte also in der Submucosa stattgefunden. Zwei Monate nach dem Unfall konnten nur mehr unbedeutende Mengen von Flüssigkeit geschluckt werden und war die Speiseröhre mit der Magensonde nicht zu passiren. Trotz Magenfistel und Nährklystieren zunehmende Abmagerung und Exitus. Bei der Section war die Magenschleimhaut normal, ohne Substanzverlust und ohne Narbengewebe: Patientin hatte kurz vor dem Selbstmordversuch gefrühstückt, sodass der im Magen liegende Speisebrei die ätzende Kraft verminderte. In der Speiseröhre dagegen fanden sich an mehreren Stellen starke narbige Verengerungen.

Verf. giebt nicht an, ob eine frühzeitige regelmässige Dilatationsbehandlung versucht wurde.

OPPIKOFER.

106) **J. H. Zaayer** (Leiden). **Thoracale Oesophagostomie.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 14. 1912.*

Erscheinungen, welche auf ein grosses intrathoracales Speiseröhrendivertikel hindeuteten, bei einer 26jährigen Frau. Die Beschwerden bestanden seit 9 Jahren. Die Patientin war ganz heruntergekommen. Magenfistel nach Kader, wegen Indicatio vitalis, am 14. October 1911. Am 23. November subperiostale Resection der 8., 9., 10. und 11. Rippe über eine Länge von 12 cm. Am 21. December intrathoracale Operation unter Ueberdrucknarkose. Es wurde kein Divertikel gefunden, sondern eine spindelförmige Erweiterung; die engste Stelle lag 5 cm oberhalb des Zwerchfells; Infiltration oder sonstige Ursache der Verengerung war nicht aufzufinden. Die Speiseröhre wurde über eine Länge von 14 cm losgelöst und der untere Theil der Erweiterung in die Pleura vernäht. Die letztere wurde weiter verschlossen und in den übrig bleibenden Defect die Lunge vernäht. Die Wunde wurde dann, mit Ausnahme der Speiseröhreninsertion geschlossen. Zwölf Tage später wurde die Speiseröhre eröffnet und von diesem Moment an ist der Zustand der Kranken enorm gebessert. Verf. beabsichtigt später, nach Roux oder

in einer anderen Weise, eine directe Verbindung zwischen Speiseröhrenfistel und Magen zu schaffen. H. BURGER.

107) **C. Frank** (Warschau). **Ueber Oesophagusmyome.** *Dissert. München 1911.*

Verf. fand in der Literatur 15 Fälle von Oesophagusmyom und fügt dieser Statistik 2 neue Beobachtungen hinzu. Neben der Histologie wird in der vorliegenden Arbeit hauptsächlich die Aetiologie dieser Geschwülste besprochen und ein enger Zusammenhang zwischen Entwicklungsstörung und Geschwulstbildung aufgestellt. Die Myome der Speiseröhre machen nur selten klinische Erscheinungen und werden deshalb fast ausnahmslos erst zur Zeit der Section als Nebenbefund beobachtet. Von einem der beiden selbst beobachteten Fälle gibt Verf. eine Abbildung: der unter der Schleimhaut gelegene und diese vorwölbende Tumor war ungewöhnlich gross, pflaumengross, scharf umschrieben und sass in der vorderen Wand auf der Höhe der Bifurcation. OPPIKOFER.

108) **Pflaumer** (Buenos Aires). **Zur Oesophagoplastik aus der Magenwand.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 18. 1913.*

Nach dem Verfahren von Verf. wird die Operation zweizeitig vorgenommen und wenn möglich in eine rein abdominelle und in eine rein thoracale getrennt. SEIFERT.

109) **Jianu** (Bukarest). **Gastrostomie und Oesophagoplastik.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 118. 1912.*

An Hunden erprobte Verf. mit ausgezeichnetem Erfolge eine Oesophagusplastik aus der grossen Curvatur des Magens. SEIFERT.

110) **Röpke** (Barmen). **Ein neues Verfahren für die Gastrostomie und Oesophagoplastik.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 46. 1912.*

Der gute Erfolg, den Verf. bei einer Gastrostomie mit der von Jianu bisher nur an Hunden erprobten Methode am Menschen erzielte (Bildung eines Schlauches aus der Magenwand), lässt erwarten, dass auf solche Weise auch ein Oesophagus gut gebildet werden kann. SEIFERT.

111) **W. Meyer** (New York). **Ein Vorschlag bezüglich der Gastrestemie und Oesophagoplastik nach Jianu-Roepke.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 8. 1913.*

Im Dezember 1912 operirte Verf. eine 46jährige Frau mit Oesophaguscarcinom nach der bezeichneten Methode mit gutem Erfolge und macht Vorschläge zur Modification des Verfahrens. SEIFERT.

112) **v. Fink** (Karlsbad). **Ueber plastischen Ersatz der Speiseröhre.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 15. 1913.*

Das Verfahren besteht darin, dass der Magenkörper, der Pylorus und der horizontale Ast des Duodenums zum Ersatz der Speiseröhre verwendet wird, während der Fundus die Function der Verdauung des Magens zu übernehmen hat. Operation an einem 47 jährigen Manne mit Carcinom an der Cardia. Erfolg gut, leider Exitus am 6. Tage nach der Operation infolge Perforation des mit der Leber verwachsenen Tumors. SEIFERT.

113) **Galpern** (Twer). **Oesophagusplastik aus der Magenwand.** *Centralbl. für Chirurgie. No. 8. 1913.*

Unabhängig von Jianu fand Verf., dass man aus der grossen Curvatur des Magens einen genügend langen und gut ernährungsfähigen Lappen zur Oesophagusplastik entnehmen kann. Seine Technik unterscheidet sich von der Jianu's durch einige Details.

SEIFERT.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **v. Bruns** (Tübingen). **Die Neubildungen des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Hauptbronchien.** Sonderabdruck aus Handbuch der praktischen Chirurgie. Herausgegeben von P. v. Bruns, C. Garrè und H. Küttner. 4. Auflage. 1913.

In der vorliegenden Abhandlung beschränkt sich v. Bruns darauf, den Standpunkt des praktischen Chirurgen auf diesem Grenzgebiet zu vertreten. Die Neubildungen des Kehlkopfes, sowohl die gutartigen als die malignen, werden ebenso wie die der Luftröhre in besonderen Capiteln besprochen. Ein neues drittes Capitel wird den Tumoren der Hauptbronchien gewidmet, da die Einführung der Killian'schen Bronchoskopie auch dieses Gebiet der chirurgischen Diagnose und Therapie zugänglich gemacht hat.

In allen Capiteln zeigt sich die reiche Erfahrung des Autors, dessen Standpunkt in Bezug auf die Therapie des Larynxcarcinoms dahin lautet, dass in jedem Falle von Kehlkopfkrebs, sobald die Diagnose gesichert ist, auf radicale Operation von aussen zu dringen sei. Unter den Geschwülsten der Luftröhre hat von den bisher beobachteten 21 intratrachealen Strumen v. Bruns fünf selbst beobachtet und operirt.

Seifert (Würzburg).

b) **Albert Musehold. Allgemeine Akustik und Mechanik des menschlichen Stimmorgans.** Mit 19 Photographien des menschlichen Kehlkopfs auf sechs Tafeln und 53 Abbildungen im Text. Berlin 1913. (Springer.) 134 Ss. Preis 10 Mk.

Verf. sagt im Vorwort, er habe „seine mit vieler Mühe zum Theil auf stroboskopischem Wege erreichten und deshalb um so werthvolleren Photographien des lebenden Kehlkopfes einem grösseren Kreise zugänglich machen wollen". Sind wir ihm schon hierfür zu grossem Dank verpflichtet, so muss doch betont werden, dass dieses lehrreiche kleine Buch noch viel mehr bietet, als eine gut reproducirte Auswahl aus den bekannten vorzüglichen Photographien des Verfassers. Es enthält zunächst eine ausgezeichnete Einführung in die physikalische Akustik mit besonderer Berücksichtigung der Theorie und Technik der Flöten- und Zungenpfeifen (Orgel, Harmonium, Clarinette, Oboe, Fagott und Trompete). Das menschliche Stimmorgan wird sodann mit einer Zungenpfeife der Orgel verglichen und die Abweichungen beider hervorgehoben und erklärt. Hieran schliesst sich eine eingehende Anatomie und Physiologie des Ansatzrohres und des Kehlkopfes immer

mit besonderer Berücksichtigung der Spannungsmechanismen, der Vocaltheorie, der gesammten Mechanik des Stimmapparates und des Ansatzrohres. Nach eingehender Darlegung der bisherigen Untersuchungsmethoden und experimentellen Forschungen am lebenden uud am todten Kehlkopf erläutert Verf. das Princip und die Methodik der Stroboskopie und deren bisherige Resultate, um dann in den beiden Schlusscapiteln des Buches die Ergebnisse seiner photographischen und stroboskopischen Untersuchungen darzulegen, die sich auf die Schwingungsform der Stimmlippen im Brust- und Falsettregister und auf das Wesen der Stimmlippenschwingung erstrecken. Er widerlegt den Vergleich mit Flötenpfeifen auch für das Falsettregister und sieht in den Stimmlippen Zungen im physikalischen Sinne, durch deren totales oder partielles im wesentlichen seitwärts gerichtetes Schwingen der Luft die zum Ertönen nöthigen Impulse ertheilt werden. Betrachtungen über die Klangfarbe, Deckung und die Mittelstimme, in welcher M. kein eigentliches Register zu sehen scheint, beschliessen das Buch. Die ausserordentlich wichtigen Ausführungen scheinen sich in der Hauptsache auf Untersuchungen am männlichen Kehlkopf zu beziehen. Die weibliche Stimme und ihre Register sind gegenüber dem männlichen Stimmorgan etwas zu kurz gekommen. Gleichwohl bietet das Buch von Musehold die beste zusammenfassende Darstellung der Mechanik des Stimmorgans, es regt zu neuen Forschungen an und es wird uns auch als Nachschlagebuch dienen müssen. Von diesem Standpunkt aus möchte der Ref. einen Wunsch für eine zweite Auflage äussern, der sich auf die äussere Eintheilung bezieht. Eine schärfere Trennung des historischen Theils und der heute feststehenden Lehre würde die Orientirung beim Nachschlagen erleichtern, ferner hat Ref. eine Belehrung über die Technik der Kehlkopfphotographie vermisst. Eine klarere Unterscheidung des Spiess'schen Summversuchs und der A. Barth'schen Nasenresonanzuntersuchung würde mit Irrthümern, welche in dieser Frage entstanden sind, aufräumen. Der Anwendung der Stroboskopie für die Pathologie der Stimme wird durch das vorliegende Werk eine Grundlage gegeben. Nadoleczny.

---

c) **R. Imhofer** (Prag). **Die Ermüdung der Stimme (Phonasthenie).** Würzburg. Kabitzsch. 1913. 132 Ss. Preis brosch. 5 Mk.

Das Buch zerfällt in fünf Capitel, deren erstes einer historischen Uebersicht über die Entwicklung der Lehre von der functionellen Stimmschwäche gewidmet ist, welche im folgenden Abschnitt definirt ist als „eine Stimmstörung, deren Wesen darin besteht, dass einem bestimmten, der Stimmbandmusculatur ertheilten Willensimpulse nicht mehr der Effect entspricht, der zur normalen Zeit resultirt". Das geschieht, wenn die Thätigkeit des „Stimmbandapparats" nicht mehr dem „Principe des kleinsten Kraftausmaasses" gehorcht. Das klinische Bild der Erkrankung beherrscht die Functionsstörung, das Detoniren und die Intonationsstörungen (Reibegeräusch und Abbrechen des Tones). Diese Störungen sind Anfangs auf wenige Töne beschränkt, „die an der Grenze von Brust- und Kopfregister liegen". Die Mittelstimme erwähnt Verf. in diesem Zusammenhange nicht. Warum jene Töne am leichtesten versagen, erklärt er aus der Formel, welche für membra-

nöse Zungenpfeifen gilt. Das Buch von Musehold ist noch nicht berücksichtigt. Im weitern Verlauf nimmt die Erkrankung an Umfang und Stärke zu und führt schliesslich zum „phonischen Collaps", zum Versagen der Stimme, was bei der acuten Form der Phonasthenie früh oder plötzlich eintritt, dann aber auch nicht so bedenklich ist. Verf. trennt die Erkrankung scharf von Stimmstörungen in Folge allgemeiner Nervosität. Eingehend beschreibt er die laryngoskopisch sichtbaren Veränderungen (Ermüdungskatarrh, Ueberkreuzung der Aryknorpel), die subjectiven Symptome, auf welche allein man aber die Diagnose nicht stellen darf. Er trennt die Phonasthenie in solche der Sänger (eigentliche Ph.), der Redner (Rheseasthenie) und der Kommandorufer (Kleseasthenie), die eine verschiedene Symptomatologie und Therapie haben. Die acute Form charakterisirt der „fast oder ganz negative rhinolaryngologische Befund", hochgradige Functionsstörung, rasche Heilung bei Stimmruhe, die „meist aber nicht immer" spontan erfolgt. Aetiologisch kommen in Betracht: Schädlichkeiten, die den Muskel selbst betreffen (chronische und acute Allgemeinerkrankungen, psychische Momente, Gravidität, Menses, Mutation, falsche therapeutische Eingriffe). Was die letzteren anlangt, so kommt für die Indicationsstellung in Betracht, dass „chronisch katarrhalische oder Formveränderungen in den oberen Luftwegen den alleinigen ätiologischen Factor für die Phonasthenie" nicht abgeben, denn sie kommen „auch ohne die geringste Beeinträchtigung der Stimmleistung" vor, aber es ist „nocht nicht bewiesen", jedoch „sehr möglich", dass sie unter Umständen eine Prädisposition für die Stimmerkrankung liefern. Noch wichtiger sind jene ätiologischen Momente, „die bewirken, dass a priori ein grösseres Maass von Kraft zur Hervorbringung des einzelnen Tones verwendet wird, als dem Princip des kleinsten Kraftausmaasses entspricht", also in erster Linie die falsche Schule (Uebertreiben der Intensität, des Umfangs, Fehler der Athemführung, der Kehlkopf-, Zungen-, Kiefer-, Lippen- und Wangenbewegung oder -Stellung, übertrieben offenes Singen). Das vierte Capitel ist der Diagnose (Anamnese und Untersuchung) sowie der Prognose gewidmet. Zur Untersuchung dienen optische Mittel (Cocainversuch, Functionsprüfung der Nase), dann die Functionsprüfung der Stimme (im Pianissimo) nach Umfang und Intonation (hier wäre die Registerbestimmung noch anzufügen. Ref.). Daran schliessen sich die „Methoden des klinischen Ausgleichs" mit activer und passiver Compensation, der elektrische Ausgleich, jener durch Compression plus Elektrisation, ferner durch einstimmbare Vibration und Dehnung der Stimmlippen. Am wichtigsten ist die Methode der Prüfung mit dem sogenannten elektrischen Ausgleichverfahren und Imhofer betont, dass „die Abgabe eines Urtheils über die Berufsfähigkeit oder Berufsunfähigkeit eines Sängers auf den blossen rhinolaryngologischen Befund hin, ohne die Functionsprüfung vorgenommen zu haben, ein directer Kunstfehler" sei und dass „der betroffende Arzt für alle dem Sänger erwachsenden schädlichen Folgen in vollem Umfange verantwortlich zu machen" sei. Für die Prognose kommt in Betracht das Alter des Patienten, sein Allgemeinzustand (physisch und psychisch), die Dauer der Erkrankung und das Resultat der Ausgleichsprüfungen. (Eine schärfere Trennung zwischen Schülern und Ausgebildeten scheint dem Ref. noch empfehlenswerth.) Prophylaktisch ist vor allem

der allgemeine Gesundheitszustand von Wichtigkeit, ferner die richtige Schulung der Stimmen. Bei der Therapie erinnert J. an allgemeine therapeutische Maassregeln und warnt vor der leider viel zu kritiklos geübten Localbehandlung, die nur auf strengste Indicationen hin gerechtfertigt ist (Hyperplasien der Nase, chronische Tonsillitis) und vorsichtig, nicht allzu heroisch sein muss. Am wichtigsten sind die stimmgymnastischen Methoden. Hier kommen in erster Linie jene erwähnten von Flatau angegebenen Ausgleichsmethoden in Betracht, deren Anwendung J. ganz eingehend schildert, ohne dabei die Verfahren von Gutzmann, Maljutin, Spiess (für die Rheseasthenie) u. A. zu vernachlässigen. Das Buch ist flott geschrieben und enthält bisweilen erfreulich temperamentvolle und sehr berechtigte Kritiken der rhinolaryngologischen Polypragmasie sowie der stimmpädagogischen „Methodik". Den Laryngologen wird daraus klar werden, dass die Behandlung von Functionsstörungen der Sprech- und Singstimme ein besonderes Studium verlangt und dass der Arzt dazu unbedingt ein wenigstens einigermaassen musikalisches Gehör mitbringen muss. Kleine Schwächen des wissenschaftlichen Stils, wie sie uns in den Ausdrücken Stimmband statt Stimmlippe, Ansatz statt Einsatz, auffallen, sind für den Fachmann weniger störend, wie für den Anfänger und thun dem sonst recht instructiven Buch keinen Eintrag.

Nadoleczny.

---

d) Belgische otorhinolaryngologische Gesellschaft.

Versammlung am 16. Februar 1913 im St. Johannishospital in Brüssel.

Vorsitzender: G. Bôval.

Eröffnungsansprache des Vorsitzenden, in der er des abgeschiedenen verdienstvollen Ehrenmitgliedes bezw. Ehrenpräsidenten Schleicher und Hicguet gedenkt.

Chiari aus Wien wird mit Acclamation zum Ehrenmitglied ernannt im Anschluss an seine kürzliche Jubiläumsfeier.

Nach Erledigung der Verwaltungsangelegenheiten der Gesellschaft setzt Broeckaert, Mitglied der Commission für die Organisation der rhinolaryngologischen Congresse, auseinander, dass der nächste otologische Congress mit dem Congress in Kopenhagen anno 1915 hätte zusammenfallen sollen, aber dass es den deutschen Otologen in Boston gelungen sei, den Beschluss durchzusetzen, dass der otologische Congress in Halle abgehalten werde; nun drängen unsere dänischen Collegen darauf, dass die internationalen otologischen und rhinolaryngologischen Congresse im Jahre 1919 in Kopenhagen nebeneinander stattfinden und bis jetzt wisse man nicht, wo der laryngologische Congress im Jahre 1915 zusammentreten werde. Brüssel könne die Proposition, zum Sitze dieser Veranstaltung zu werden, nicht annehmen, da die belgische otorhinolaryngologische Gesellschaft immer gezeigt habe, dass sie die Verschmelzung dieser beiden Congresse wünsche. Auf den Vorschlag von Beco und Trétrôp beschliesst die Versammlung einstimmig folgenden Wunsch: „Angesichts der Schwierigkeiten, die der Abhaltung des internationalen rhinolaryngologischen Congresses in Kopenhagen in Folge des in

Boston gefassten Beschlusses entgegenstehen, äussert die belgische otorhinolaryngologische Gesellschaft den Wunsch, in kurzer Frist einen internationalen Verband der otorhinolaryngologischen Gesellschaften sich bilden zu sehen, um zu gleicher Zeit die gleichzeitige Abhaltung der otologischen und rhinolaryngologischen Congresse und die Ausführung der auf diesen Congressen genommenen Beschlüsse zu erwirken.“

Discussion über die Berichte.

1. Project eines Minimaltarifs für die Honorirung der belgischen Otolaryngologen.

Cheval legt in seinem Bericht zuerst die Frage vor, ob man überhaupt einen Tarif annehmen solle und ob die Verpflichtung, diesen Tarif anzuwenden, allen Mitgliedern der Gesellschaft, welche zugleich einen professionellen Verband bilden, auferlegt werden solle?

Die erste Frage beantwortet der Berichterstatter zustimmend, indem er die Vortheile einer derartigen Maassregel hervorhebt.

Was nun die Zweckmässigkeit anbelangt, einen Generaltarif für das ganze Land aufzustellen, so ist Ref. der Ansicht, dass diesbezüglich kein Hinderniss vorliege, da der Tarif dehnbar genug, um seine Anwendung in allen Fällen und allen Theilen des Landes finden zu können.

Er exponirt einen Entwurf für verschiedene Tarifklassen und schlägt vor, für die verschiedenen Eingriffe eine Reihe von Coëfficienten zu adoptiren, welche, wenn man den Preis einer Visite als Grundlage annimmt, die Zahl ergäbe, welche man in Zukunft beanspruchen müsste. Der Preis der Visite soll je nach dem Ort, der Situation des Clienten, dem Namen des Specialisten wechseln und sich zwischen 2, 3 und 5 Franken bis zu 20, 25 und 40 Franken bewegen.

Beco beantragt, dass man für die erste Untersuchung das Doppelte rechne wie für darauf folgenden Visiten.

Der Vorsitzende Bôval spricht dem Berichterstatter seine Anerkennung aus und giebt sich der Hoffnung hin, dass die Versammlung den Beschluss fasse, den vorgeschlagenen Tarif zu adoptiren.

Broeckaert glaubt, dass man unter den Preis von 3 Franken pro Visite nicht heruntergehen dürfe, er fürchtet, dass in diesem Falle der vorgeschlagene Coëfficient für gewisse arme Bevölkerungsschichten zu hohe Ziffern ergäbe. Er schlägt daher eine Herabsetzung der Ziffer vor.

Trétrôp findet absolut keine Uebertreibung in dem vorgeschlagenen Tarif. Der Specialist muss sich besser bezahlen lassen, wenn er bei sich zu Hause operirt. Er verweist eben diejenigen, welche die festgesetzten Preise nicht bezahlen können, in die Specialkliniken. Broeckaert gegenüber behauptet er, dass man die Bedürftigen unentgeltlich behandeln müsse; in den Specialkliniken finden die unteren Angestellten und Personen der mittleren Klasse vorzügliche Hülfe zu entsprechenden Preisen.

Nachdem Cheval von Neuem die Endergebnisse aus seinem Bericht klar hervorgehoben, beschliesst die Versammlung einstimmig, dass der vorgeschlagene,

den vorangehenden Einwänden gemäss revidirte Tarif unter den Mitgliedern der Gesellschaft vertheilt werde unter dem Titel „Tarifentwurf der belgischen Otolaryngologen". Weitere Exemplare stehen zur Verfügung der Mitglieder.

2. Nothwendigkeit der Revision des belgischen Milizgesetzes in Bezug auf otorhinolaryngologische Affectionen.

Beco spricht über seinen Bericht, welchen er in Gemeinschaft mit Delsaux in Bezug auf die Nothwendigkeit der Revision des belgischen Milizgesetzes betreffend die otorhinolaryngologischen Affectionen ausgearbeitet hat. Nachdem er dargethan, dass das Ziel, das sich die Autoren dabei setzten, nicht darin bestand, vollständige Tabellen auszuarbeiten, welche die Anwendung eines Gesetzes mit festgestellten Dispositionen ermöglichten, sondern einfach so exact als möglich die physischen Fähigkeiten und Fehler, die in den Bereich unserer Specialität fallen, zu definiren, setzen Beco und Delsaux auseinander, was in dieser Beziehung in den verschiedenen europäischen Staaten geschieht mit Hindeutung auf die Abweichungen und Lücken des belgischen Gesetzes.

Sie heben einige Eigenthümlichkeiten der Tabellen hervor, auf welche man sich gegenwärtig stützt, um einen Militärpflichtigen für den Dienst tauglich oder untauglich zu erklären; sie geben den Weg an, der für die Untersuchungen vorgezeichnet ist, denen sich der Dienstpflichtige zu unterziehen habe, machen eine Reihe von in das Gesetz aufzunehmenden Vorschlägen und kommen zu folgenden Schlüssen:

Es ist absolut nothwendig, dass der Mann, der eine Reclamation macht oder mit einer zweifelhaften Affection behaftet ist, die in unsere Domäne fällt, von einem competenten, sei es Militär-, sei es Civilarzt, der notorisch als Specialist bekannt und als solcher ausgebildet und einen ernstlichen Spitalunterricht auf einer otorhinolaryngologischen Abtheilung genossen hat, untersucht werden kann. Es ist ausgemacht, dass bei jeder gerichtlichen Stufe der Militärpflichtige das Recht hat, einen competenten Specialarzt aufzusuchen, bis vor die letzte juristische Instanz, diese mit einbegriffen. Selbst in dem Fall, dass die Universitäten die Nothwendigkeit des Elementarstudiums unserer Specialität für alle Aerzte beschlössen, wäre es noch zu wünschen, dass die Leitung des Sanitätsdienstes der Armee eine gewisse Zahl von Aerzten engagire und ex officio zum Besuch von Cursen, Kliniken und speciellen Hospitaldiensten designire, in welchen sie sich mit den Krankheiten, die uns hier beschäftigen, bekannt machen könnten.

Uebrigens sind diese Bedingungen in mehreren Ländern, Deutschland, Frankreich, Oesterreich, Italien etc. schon erfüllt.

Wird dieser Wunsch berücksichtigt, so thut der Sanitätsdienst der Armee nichts anderes, als was schon seit einem halben Jahrhundert für die Specialisten für Augenkrankheiten geschehen ist. Wir sprechen sehr gern unsere Anerkennung dem ophthalmologischen Institut der Armee aus, welches eine der besten Schöpfungen des Sanitätsdienstes der Armee bildet; möge es bald durch eine otorhinolaryngologische Abtheilung vervollständigt werden.

Cheval wundert sich darüber, dass die Berichterstatter einen Kehl-

kopfpolypen für eine Affection halten, die man immer in einigen Tagen beseitigen könne.

Vues will nicht zugeben, dass man einen Dienstpflichtigen zwinge, irgend einer Behandlung sich zu unterziehen; es sei dies ein Verstoss gegen die persönliche Freiheit. Sollte aber das Princip des Zwanges zugelassen werden, so sollte man doch zum Wenigsten den Betheiligten die Freiheit der Aerztewahl zugestehen.

Beco findet, dass es auf diese Weise leicht wäre, dem Militärdienst zu entgehen. Dienstpflichtige mit leicht heilbaren Affectionen sollten eingestellt und dienstlich behandelt werden. Man kann einen Soldaten zwingen sich zu waschen, warum sollte man ihm nicht auch einen Ohrpfropf herausspritzen dürfen?

Delsaux macht darauf aufmerksam, dass die Dienstpflichtigen freie Aerztewahl hätten. Der Revisionsrath müsse denselben zuvor den Rath geben, sich behandeln zu lassen. So könnte man vielleicht hoffen, ein mit den in den Schulen erzielten vergleichbares Resultat zu erlangen, wo 75 pCt. der Kinder die von der ärztlichen Schulinspection gegebenen Rathschläge befolgten.

Der Präsident sprach den Berichterstattern seine Anerkennung aus und die Resolutionen werden von der Versammlung adoptirt.

3. Die Otorhinolaryngologie und die Universitätsexamina.

Nachdem Cheval daran erinnert, dass die Frage von ihm schon während der Sitzung von 1906/1907 vorgelegt worden war, bespricht er,

1. was der Gesellschaftsausschuss seither gethan,
2. was die Universitätsbehörden darauf geantwortet,
3. was man erzielt hat und
4. was noch zu thun ist.

Der Ausschuss hat die Beweisstücke seines ersten Berichts zusammengefasst und mit denen, die im Verlauf der Discussion gesammelt wurden, vereinigt.

Das Résumé wurde in Form einer Broschüre an die academischen Autoritäten von Gent, Lüttich, Löwen und Brüssel adressirt.

Kein Einvernehmen wurde mit den belgischen specialmedicinischen Gesellschaften erzielt, um gemeinschaftlich den Unterricht in den Specialitäten bei den Facultäten zu reclamiren.

Die Universitätsbehörden haben zum Theil das Gesuch überhaupt nicht berücksichtigt, zum Theil haben sie prächtige Räumlichkeiten zur Disposition eines Professors, der zu gleicher Zeit Specialist ist, gestellt, nur sind die Studenten nicht verpflichtet, die Curse zu besuchen. In Brüssel hat die medicinische Facultät den Antrag gestellt, die Technik der Untersuchung der Geschlechtsorgane, der Nase, des Halses und des Ohres, ebenso wie die der Auguntersuchung obligatorisch zu machen, allein der Verwaltungsrath der Universität hat nicht geglaubt, diesem Gutachten Folge leisten zu dürfen, so berechtigt es auch sei und hat nur für die Studenten des dritten Doctorats die Klinik für Haut- und syphilitische Kranke obligatorisch gemacht.

Im Grunde genommen ist von dem von uns eingenommenen Standpunkt aus das erzielte Resultat gleich Null. Und was bleibt da übrig? Folgendes:

1. Eine Versammlung der Delegirten der specialmedicinischen Gesellschaften im Lande zu veranlassen, um gemeinschaftlich die Mittel zu besprechen, um dahin zu gelangen, dass man die Disciplinen, welche auf dem Universitätsprogramm unter dem Namen „Complementärkliniken“ figuriren, obligatorisch macht.

2. Das Gesuch von 1907 bei den academischen Autoritäten der 4 belgischen Universitäten zu erneuern, ohne auf die eventuelle Revision des Gesetzes von 1890 Rücksicht zu nehmen, weil es derselben nicht bedarf, um das Ziel zu erreichen, welches die belgischen Otolaryngologen sich stecken.

Elman bespricht die Hindernisse, welche man in Gènt zu überwinden hatte, um die gegenwärtige Situation zu verbessern.

Capart jr. theilt einen Brief Schiffer's mit, in dem er die Lage des Unterrichts in unserer Specialität in Lüttich beschreibt.

Der Präsident Bôval findet, dass es nicht genüge zu verlangen, dass jeder Praktiker sich der Instrumente zur Untersuchung der Nase, des Halses und der Ohren zu bedienen wisse; der Arzt müsse nach seinem Abgang von der Universität auch im Stande sein, gröbere Fehler der Diagnose und Behandlung ebenso gut bei den uns interessirenden Krankheiten, wie bei den Augenaffectionen und allgemeinen Krankheiten zu vermeiden.

Verschiedene Mittheilungen.

Broeckaert (Gent): Internationale Sammelforschung über die Ozaena.

B. bringt den Stand der Arbeiten bezüglich der internationalen Sammelforschung über die Ozaena zur Kenntniss. Er weist darauf hin, dass es drängt, dass sich das belgische Comité an die Arbeit mache, damit es bereit sei, im gegebenen Augenblick die Aufschlüsse, die man von ihm erwartet, zu liefern.

Trétròp (Antwerpen): Traumatische Rhinotomie, gefolgt von totalem Verschluss der Nasenhöhlen. Wiederherstellung. Heilung.

Der Autor berichtet über einen Fall von Heilung eines schweren Nasentraumas, welches einen totalen Verschluss der Nasenhöhlen veranlasst hatte. Die äussere Nase war sozusagen weggerissen: die Durchtrennung der Gewebe ging von der rechten Oberlippe aus, stieg in der Nasenwangenfalte nach oben, überschritt die Mittellinie im Bereiche der Augen und endete unter dem linken Auge. Dem Autor war es nach zwei Operationen und vielfachen Manövern gelungen, die Durchgängigkeit der beiden verlegten Nasenhöhlen wiederherzustellen. Viele Zeit und Mühe wären erspart worden, wenn der Specialist von Anfang der Behandlung an zugezogen worden wäre, um die Aufmerksamkeit auf die Nothwendigkeit der Erhaltung resp. Wiederherstellung der Nasenathmung zu lenken.

Fernandès (Brüssel): Rhinoplastie in Folge von Nasentrauma.

Vorstellung eines Kranken, bei dem wegen eines schweren Traumas der Nase eine plastische Nasenoperation vorgenommen worden war.

Collet (Brüssel): Sehr reichlicher Ausfluss von Cerebrospinalflüssigkeit.

Nach einer Operation an den vorderen Siebbeinzellen stellte sich eine reich-

liche Rinorrhoe ein. Die helle Flüssigkeit hatte die chemische Zusammensetzung der Cerebrospinalflüssigkeit. Dieser beunruhigende Zufall endete ohne alle Unannehmlichkeit für den Kranken, der nicht einmal seine gewöhnliche Beschäftigung zu unterbrechen brauchte.

Dewatripont (Brüssel): Die Arbeitsunfälle in Bezug auf den Larynx.

Unter diese Arbeitsunfälle gehören: die Contusionen, Fracturen, Rupturen, penetrirende Wunden, Wunden durch Feuerwaffen, traumatische Hemiplegien, accidentelle Strangulationen, Fremdkörper, Hämorrhagien verursacht durch reizende und toxische Dämpfe und die hystero-traumatischen Aphonien.

Der Autor bespricht jede dieser Kategorien einzeln und schliesst, dass die Prognose dieser Läsionen für später häufig sehr schwer sei in Folge der Möglichkeit von Narbenverengerungen, welche eine partielle permanente Invalidität herbeiführen, deren Bedeutung je nach der von dem Unfallbetroffenen ausgeübten Profession variirt.

Van de Calseyde (Brügge): Stenosirender Kehlkopflupus behandelt durch Laryngostomie und Dilatation vermittelst Glasröhren.

Der 18jährige Kranke, der sich augenblicklich auf dem vollen Wege der Genesung befindet, bot einen beinahe vollständigen Verschluss des Larynx dar. Die Affection hatte offenbar ihren Anfang im Larynx genommen und dann die Nase und das Gesicht ergriffen. Durch die Laryngostomie mit darauffolgender Dilatation vermittelst Glasröhren wurde dem Kehlkopfkanal wieder sein normales Caliber hergestellt. Der allgemeine Zustand des Kranken hat sich ebenfalls sehr gebessert.

Broeckaert (Gent) erinnert daran, dass Ferreri in Rom die Laryngostomie bei Kehlkopflupus warm empfohlen habe, wodurch man in den Stand gesetzt werde, das Radium zu appliciren.

Delsaux (Brüssel) betont die Wichtigkeit der Allgemeinbehandlung bei der Behandlung des Lupus.

Bayer (Brüssel) hebt die Besonderheit des Falls hervor in Bezug auf seine Behandlung und die Neuheit der Verwendung von Glasröhren dabei; er sieht in dem vorliegenden Fall eine höchst interessante Beobachtung, die zu beachten wäre.

Delsaux (Brüssel): Traumatische Synechie des Gaumensegels mit der hinteren Pharynxwand.

Ein Junge von 12 Jahren, der an sogenannten „adenoiden Wucherungen" von einem Nichtspecialisten operirt worden war, bot eine vollständige Verlegung der Nase von hinten dar, ohne dass die vordere Rhinoskopie deutlich ausgesprochene Läsionen erkennen liess. Die sehr schwierige Digitaluntersuchung liess eine Adhärenz des Gaumensegels mit dem Pharynx erkennen, hauptsächlich linksseitig. Operation: Loslösen der Weichtheile mit dem über die Kante gebogenen Bistourie und Dilatation; Einführen einer Metallplatte zwischen dem losgelösten Gaumensegel und der hinteren Pharynxwand, die der Autor täglich durch eine aseptische zunehmend dickere und breitere ersetzte.

Nach einer je nach der Natur und Dicke der Stenose sowie Ausdehnung der Synechie variablen Zeit wird die Platte definitiv entfernt, der Kranke jedoch im Auge behalten, um sicher zu sein, dass die Synechie nicht wieder von Neuem sich reproducirt.

Im vorliegenden Fall ist das Resultat perfect nach viermonatiger operativer Heilung. Bayer.

---

e) Pariser Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Sitzung vom 10. Januar 1912.

Präsident: Grossard.

Le Marc' Hadur: Ein Fall von gangränöser Angina.
Heilung mittels Methylenblau.

Jeay: Ueber regionäre Anästhesie des Oberkieferknochens.

Es wird der Stamm des N. maxillaris superior in der Fossa pharyngomaxillaris mit der anästhesirenden Flüssigkeit durchtränkt. Als Weg hierzu wählt J. die Rinne, die der Processus pterygoideus mit der Tuberositas ossis maxillaris bildet. Eine eigene Spritze wird hierzu angegeben, die, in Bajonettform gebaut, das Eindringen von der Mundhöhle gestattet. Um volle Empfindungslosigkeit zu erzielen, ist es angezeigt, auch die Austrittsstelle des N. infraorbitalis mit der anästhesirenden Flüssigkeit zu versorgen. Man erzielt vollständige Anästhesie auch in Fällen, wo der Oberkiefer in Folge von Eiterung sich bei permucöser und percutaner Injection nicht anästhesiren lässt.

Munch: Ueber regionäre Anästhesie des Oberkiefers.

Ohne Kenntniss zu haben von dem Vortrag Jeay's hat M. seinen Vortrag mit Rücksicht auf die überhandnehmende Tendenz, die Operation nach Caldwell Luc in Localanästhesie vorzunehmen, angekündigt. Jeay hat als Zahnarzt eine natürliche Vorliebe für die Mundhöhle als Zugang zum Oberkiefernerv. Diesen Weg hat vor ihm schon Schlosser angetreten, aber wieder aufgegeben. Die Untersuchungen von Levy und Bandouin haben gezeigt, dass der Weg unter dem Jochbogen am allersichersten zum Stamme des Nerven führt, während dies auf dem Wege auf oder hinter dem Canalis pharyngopalatinus nicht der Fall ist.

G. Mahu: Ein neuer Apparat für Heissluft.

Der Apparat hat vollkommene Aehnlichkeit mit einem Galvanocauter und wird ungefähr ähnlich verwendet. Die Luft strömt mit einer Temperatur von 200° aus, kann jedoch nach Wunsch abgekühlt werden.

Sitzung vom 9. Februar 1912.

Nepveu: Kehlkopffractur.

Die Fractur betrifft einen 13jährigen Knaben, bei dem Schild- und Ringknorpel durch einen Hufschlag in der Verticallinie gebrochen sind. Es musste Tracheotomie ausgeführt werden.

Mahu: Krankenvorstellung.

Es wurden Patienten vorgestellt mit ausgeheilter Keilbeineiterung, namentlich vom unteren Nasengang operirt.

Foy: Nasenathmung und Nasenrachenkatarrh.

Hartnäckige Rhinopharyngitis anderweitig vergeblich mit Pinselung behandelt durch Nasengymnastik und Einwirkung von comprimirter Luft in wenigen Sitzungen behoben. Aehnliche günstige Resultate wurden auch bei Ozaena erzielt.

Jacques: Riesensarkom der Mandel vom Munde aus entfernt.

Der Tumor hatte über Eigrösse und wurde durch Lösung des Gaumenpfeilers nach Art einer Mandelexstirpation bei hängendem Kopf entfernt. Starke Blutung, die auf Forcipressur und Naht stand.

Sitzung vom 10. Juli 1912.

Grossard: Gestielter Polyp des Kehlkopfes.

Patient wurde schon einmal vor 15 Jahren thyreotomisirt.

Boulay und Le Marc' Hadur: Syphilis oder Lupus der Nase.

Die Kranke wird von den Autoren seit 1898 ständig beobachtet. Diagnose nicht möglich.

Sitzung vom 11. November 1912.

Robert Leroux: Behandlung der Ozaena mit Paraffino-Thermotherapie.

Ein neuer Apparat, Paraffinostyl, wird gezeigt, der ermöglicht, das Paraffin direct aus dem sterilisirten Tubus direct in die Gewebe einzuspritzen. Nach der Paraffininjection macht Leroux noch eine Behandlung mit Heissluft (Apparat von Mahu), um das Paraffin zum Schmelzen zu bringen.

Rob. Foy: Ueber Athemübungen bei Ozaena.

Vor der Paraffinbehandlung müssen die Ozaenapatienten methodische Athemübungen machen, um die Einspritzung des Paraffins besser zu vertragen. Nach der Paraffintherapie ist es auch gut, die methodischen Athemübungen fortzusetzen, um die Patienten an die neuen anatomischen Verhältnisse zu gewöhnen.

Sitzung vom 10. December 1912.

Courlade: Ein neuer elektrischer Brenner.

Rob. Leroux: Ein neuer Verstäuber für Kehlkopf und Rachen.

Leroux wendet bei Ozaena Verstäubung mit Leberthran an.

Guisez: Radiumbehandlung bei Oesophaguskrebs.

Seit 4 Jahren wendet G. mit Erfolg die Behandlung mit Radium beim Oesophaguskrebs an; die Erfolge sind sehr zufriedenstellende.

G. A. Weill: Doppelseitige Posticuslähmung.

Patient musste wegen Verdickung eines Stimmbandes rasch tracheotomirt werden. Nach der Tracheotomie hat sich die Verdickung spontan zurückgebildet.

Fiocre: Behandlung der Kehlkopftuberculose mittels des elektrischen Brenners.

Es werden nur oberflächliche Verschorfungen empfohlen, und zwar 20—30 in einer Sitzung. Allwöchentlich eine Sitzung.

Lubet-Barbon: Apparat zur Sinusdurchleuchtung.

Handlicher Apparat nach dem Muster des Valentini'schen Urethroskops gebaut.

Sitzung vom 10. Januar 1913.

Monnier: Kopfschmerzen und Neuralgien nasalen Ursprunges.

Von den eiterigen Krankheiten abgesehen, kommen noch in Betracht die Fälle, wo ein Druck auf das Septum durch eine, namentlich geschwollene mittlere Muschel, die Schmerzen auslöst. Die Sondenberührung genügt, um die Schmerzen hervorzurufen, was diagnostisch wichtig ist. Es wurden 10 Fälle mitgetheilt, die schon seit Jahren nach Abtragung des vorderen Poles der mittleren Muschel geheilt sind.

Lautmann.

---

f) Rumänische Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie.

Sitzung vom 5. Juni 1912.

Vorsitzender: Orescu.

Orescu: Tonsillarphlegmone mit tödtlichem Verlauf.

Es handelte sich um eine Tonsillarphlegmone mit infectiöser Phlebitis am Halse und tödtlichem Ausgang. Es handelte sich um einen 25jährigen jungen Mann, der im Laufe der letzten 2—3 Jahre ungefähr 15mal einen peritonsillären Abscess gehabt und dabei niemals einen Arzt zugezogen hatte. Seit 3 Tagen wieder linksseitiger Abscess; Temperatur 39°. Eine lange Incision lässt nur wenig seröse und übelriechende Flüssigkeit hervorkommen. Am Abend Temperatur 39,8°. Allgemeinzustand verschlechtert. Hals aussen geschwollen. Nach 5 Tagen Exitus.

Seligmann: Papillom des hinteren Gaumenbogens.

Die Geschwulst hatte Form und Grösse einer Kirsche. Abtragung sehr leicht.

Sitzung vom 2. October 1912.

Seligmann: Gummi der Zunge; intensive Jodbehandlung.

55jähriger Mann; vor 15 Jahren Primäraffekt, nicht behandelt. Seit 10 Tagen Anschwellung der Zunge; nach weiteren 2 Tagen bestand eine Infiltration auf der Zungenspitze und eine andere am linken Rand von der Grösse einer Haselnuss; beide ulcerirt. Schwierigkeiten beim Essen und Sprechen. Keine Drüsen. Diagnose: Gummi. Behandlung: 10 g Jodkali täglich. Nach 8 Tagen war die Schwellung um die Hälfte zurückgegangen.

Felix meint, es sei unvorsichtig, dem Patienten so grosse Dosen Jodkali zu geben, denn wenn er es nicht vertrage, so seien wir gezwungen, ihn eines so werthvollen Mittels zu berauben. F. glaubt, man könne dieselben Resultate auch mit kleinen Dosen erzielen.

Seligmann giebt in den ersten Tagen kleinere Dosen, um die Empfindlichkeit des Patienten auszuproben. In diesem Fall hat Pat. missverständlicherweise die 10 g an einem Tage genommen und als ihm dies nichts schadete, hat er ihn dabei belassen.

Sitzung vom 6. November 1912.

Costiniu: 1. Kleiner fibröser Larynxtumor.

Der Tumor sass am linken Stimmband.

2. Fall zur Diagnose.

Seligmann theilt mit, dass der in der vorigen Sitzung vorgestellte Mann mit Gummi der Zunge jetzt völlig geheilt sei.

Sitzung vom 4. December 1912.

Vorsitzender: Felix.

Costiniu zeigt noch einmal den in voriger Sitzung vorgestellten Patienten mit Kehlkopftumor. Der kleine Tumor am linken Stimmband ist beseitigt; jedoch hat sich jetzt etwas Aehnliches am rechten gezeigt. Es ist möglich, dass es sich um etwas Specifisches handelt.

Felix ist derselben Ansicht und räth zur vorsichtigen Anwendung von Jodkali.

Felix: 1. 56jähr. Pat. mit Larynxcarcinom. Der Tumor scheint vom rechten Taschenband auszugehen und nimmt die ganze rechte Kehlkopfhälfte bis zur Mittellinie ein, hat auch die rechte Hälfte der laryngealen Epiglottisfläche ergriffen und erstreckt sich bis zur hinteren Larynxwand. Die ary-epiglottische Falte ist ebenfalls miterkrankt. Im rechten Unterkieferwinkel eine Drüse. Die subjektiven Beschwerden sehr gering, daher geht Pat. auf die vorgeschlagene Larynxexstirpation nicht ein.

2. 40jährige Frau mit Rachentumor. Im Niveau des Ligament. conoides zwischen Schild- und Ringknorpel fühlt man eine harte haselnussgrosse Drüse. In der Regio submentalis eine diffuse, harte Schwellung, die von dem Unterkieferrand bis zum Schildknorpel reicht; sie hat die Grösse einer Mandarine. Am vorderen Rand des Sternocleido jederseits eine mandelgrosse Drüse. Die hintere Rachenwand im Niveau der Zungenbasis etwas vorgewölbt. Laryngoskopisch sieht man unter der intacten Schleimhaut einen die Hinterfläche des Larynx bedeckenden Tumor von der Grösse eines Hühnereies. Man sieht nur die Epiglottis und kaum die freien Ränder der Stimmbänder. Die Stimme ist klar, die Athmung ruhig; Pat. schläft gut. Die Radioskopie zeigt unter dem Tumor in der Regio submentalis einen zweiten zwischen dem 3. und 4. Halswirbel. F. vermuthet, dass es sich wie in einem ähnlichen vor 20 Jahren von Luc beschriebenen Fall um ein Fibroadenom handeln könne. Pat. verweigert jeden Eingriff.

Mayersohn: 38jährige Frau mit Tumor der Zunge. Pat. hat vor 2 Jahren eine kleine Geschwulst auf dem rechten Rand der Zungenbasis bemerkt; dieser Tumor ist so gewachsen, dass er zur Zeit nur den vorderen linken Theil der

Zunge frei lässt. Der rechte, an einer kleinen Stelle ulcerirte Zungenrand bedeckt die Zähne. Die Regio submentalis von einer harten Drüsenmasse eingenommen, die von dem Zungengrund nicht abzutrennen ist. Das Schlucken geht ziemlich gut, Sprache sehr behindert. M. hält den Tumor für inoperabel.

Mayersohn.

---

g) Gesellschaft für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten zu St. Petersburg.

Sitzung vom 30. April 1911.

Zitowitsch demonstrirt eine Patientin mit Bronchialasthma, bei der er vermittelst der Bronchoskopie ein gutes Resultat erzielte.

Zitowitsch demonstrirt die Lampe nach Brünings, die er bei Operation von Kieferhöhlen- und Stirnhöhlenempyem anwendet.

Galebski demonstrirt Präparate einer Larynxcyste. Nach dem mikroskopischen Präparat zu urtheilen, entwickelte sich die Cyste aus einem Lymphangiom.

Galebski demonstrirt einen Fremdkörper, den er vermittelst der Oesophagoskopie entfernt hat.

Galebski demonstrirt einen Fremdkörper (Knochen), den er vermittelst der Bronchoskopie aus dem rechten Bronchus entfernte.

Galebski demonstrirt einen Patienten mit einem Cancer der Epiglottis.

Galebski demonstrirt einen Fall, wo nach einer plastischen Operation in der Nase, eine vollständige Atresie beider Nasenhöhlen eingetreten ist. G. hat den Fall dann operirt und ein gutes Resultat erhalten.

Galebski und Gwosdiaski demonstriren eine portative Lampe zur Durchleuchtung der Nebenhöhlen, an Trocken-Taschenelementen anzuschliessen.

Sitzung vom 24. September 1911.

Galebski: Einige Fälle von Entfernung von Fremdkörpern aus dem Oesophagus vermittelst der Oesophagoskopie: eine zerbrochene Zahnprothese, Knochenstücke, Münzen, zwei Stücke Fleisch u. a.; das Alter der Pat. schwankte zwischen 3 und 60 Jahren; alle Fälle wurden geheilt, ungeachtet dessen, dass die meisten Fälle mit Complicationen, Perioesophagitis und erhöhter Temperatur zum Referenten kamen.

Eser demonstrirt einen Patienten mit Rhinosklerom der Nase und des Kehlkopfs.

Zitowitsch demonstrirt eine Patientin (Aerztin), die Ende März 1911 plötzlich an irgend einer Infectionskrankheit erkrankte mit erhöhter Temperatur, Bewusstlosigkeit im Laufe einer Woche und Bluterguss in die Netzhaut des rechten Auges. Dann schwanden alle Symptome, das rechte Auge erblindete; die Abendtemperaturen betrugen 37,3. Referent sah Patientin zum ersten Mal im Juni 1911

und constatirte eine Hypertrophie der Rachenmandel und sehr grosse Lacunen in den vergrösserten Gaumenmandeln: in der Annahme, dass die Temperatur mit der vergrösserten Mandel in Zusammenhang stehe, entfernte er die Rachenmandel und kauterisirte die Gaumenmandel; von der Zeit an war die Temperatur normal. Referent meint, dass alle obigen Symptome im Zusammenhange standen mit den betroffenen Mandeln.

Galebski demonstrirt einen Knaben, 14 Jahre alt, bei dem in der Trachea in einer bedeutenden Entfernung grossblasige Geräusche zu vernehmen waren. Die Tracheoskopie ergab nur eine Hyperämie der Schleimhäute. Die Geräusche sind noch nach mehr als einem Jahr hörbar.

Sitzung vom 29. October 1911.

Wojatschek: Zur Entfernung von Fremdkörpern aus den Bronchien.

Ein Kind, $1^1/_2$ Jahre alt, aspirirt einen Melonenkern; entfernt in Chloroformnarkose durch die obere Bronchoskopie.

Galebski demonstrirt einen Fremdkörper, Sonnenblumenkern, entfernt aus dem rechten Bronchus bei einem Mädchen, 7 Jahre alt, bei dem bereits Complicationen von Seiten der Lungen und erhöhte Temperatur, 38,5, bestanden. Entfernt durch die obere Bronchoskopie in Localanästhesie.

Discussion: Zitowitsch meint, dass die Bronchoskopie bei kleinen Kindern besser in Localanästhesie als in Chloroformnarkose vorzunehmen ist; was die Complication von Seiten der Lungen anbetrifft, speciell Lungenentzündung, so ist die Frage sehr wichtig, ob man in solchen Fällen bei Anwesenheit von Fremdkörpern die Bronchoskopie vornehmen soll oder nicht; Verf. meint, dass man letztere in schweren Fällen nicht sofort vornehmen soll.

Galebski: Zur Behandlung der Laryngo-Trachealstenosen bei Kindern nach Tracheotomie mit der oberen Bronchoskopie.

Er demonstrirt ein nach dieser Methode geheiltes $2^1/_2$jähriges Kind; dasselbe spricht und athmet vollständig frei. Güttelson.

IV. Briefkasten.

Der gegenwärtige Stand der Vorarbeiten zur Ozaena-Sammelforschung.

X. Bericht (1. Juli 1913).

Den südamerikanischen Staaten Brasilien und Chile, welche sich an der Sammelforschung betheiligen, schloss sich nunmehr auch **Peru** an. Herr Prof. Dr. Juvenal Denegri in Lima hat daselbst die Organisation der Arbeiten übernommen und ein Comité gegründet, dem folgende Herren angehören:

Prof. Ernesto Odriosola, Prof. Leonidas Avendanno,
Prof. David Matto, Dr. Alberto Horez,
Prof. Estanislao Pardo Higuerra, Dr. Adam H. Mejio,
Dr. Juan J. Mostajo,
Dr. Felipe Merkel,
Dr. Alejandro Acha.

Herr Privatdocent Dr. Trofimow in Kiew, der, wie wir in unserem vorigen Berichte mittheilen konnten, die Organisation in **Russland** durchführt, theilt uns mit, dass sich daselbst bisher folgende Herren zur Uebernahme der nothwendigen Arbeiten bereit erklärt haben:

In Kiew: Herr Bürgermeister Dr. Th. Burtschak, Herr Dr. M. Kabatschnik, Assistent a. d. Ohrenklinik der Kaiserl. Universität zu Kiew, als Schriftführer, Herr Dr. A. Turski, Dr. Ed. Schultz, Dr. W. Podwoiski, Dr. L. Girenko, Dr. M. Kahan, Dr. W. Sokolowski, Dr. J. Ossowski, Dr. L. Rotenberg.

In Charkow: Dr. A. Scrypt, Dr. G. Trambitzki.
In Moskau: Dr. A. Getzeld.
In Kasan: Dr. M. Tschamussoff.
In Irkutsk: Dr. W. Abloff.
In Samara: Dr. J. Gawriloff.
In Odessa: Dr. G. Eiselman.
In Woronesch: Dr. A. Greidenberg.
In Cherson: Dr. N. Matussowski.

In Kiew hat sich ferner Herr Dr. Njeschtschadimenko bereit erklärt im Bakteriologischen Institut der Kaiserl. Universität alle erforderlichen bakteriologischen und serologischen Untersuchungen auszuführen. Desgleichen hat sich Herr Dr. J. Titoff zur Ausführung etwaiger Sectionen von Ozaena-Leichen im Krankenhause des Kaisers Nicolaus II. verpflichtet.

In Kiew ist des Weiteren die Erlaubniss zur Untersuchung der 15 000 Schulkinder von den städtischen Behörden ertheilt worden. Herr Dr. Kabatschnik, welcher einer Sprechstunde der Berliner Ozaena-Poliklinik persönlich beiwohnte, hat im Verein mit den obengenannten Herren Collegen bereits 11 282 Schulkinder (5932 Knaben und 5350 Mädchen) untersucht. Das Kiewer Comité ist zur Zeit mit der weiteren Verarbeitung des gewonnenen Materiales beschäftigt.

Für die landwirthschaftlich-industrielle Ausstellung, welche am 11. Juni (deutschen Stiles) in Kiew eröffnet wurde, sind Tabellen (Diagramme) angefertigt worden, die die Verbreitung der Krankheit der Ohren und Nase — darunter auch der Ozaena — bei den Schulkindern der Stadt Kiew und Umgegend darstellen.

Für den Congress der russischen Laryngologen, welcher in Kiew vom 7.—11. September d. J. stattfinden wird, bereitet Herr Privatdocent Dr. Trofimoff einen ausführlichen Bericht vor über die internationale Sammelforschung und die Ergebnisse der diesbezüglichen Untersuchungen in Kiew.

In **Wien** ist erst kürzlich, also nach nahezu einem Jahre, die Untersuchung der Schulkinder und anderer geschlossener Körperschaften unter bestimmten Bedingungen gestattet worden. Herr Dr. Karl Kofler und Dr. Friedrich Hanszel werden nunmehr im Verein mit den Wiener Collegen in absehbarer Zeit an die diesbezüglichen Untersuchungen herantreten. Inzwischen sind die Herren mit der Ausfüllung der Fragebogen bei einzelnen Ozaenakranken und deren Angehörigen beschäftigt. Des Weiteren arbeitet Herr Dr. Kofler zusammen mit dem bekannten Ozaenaforscher Excellenz Perez und Herrn Dr. Hofer, dem Assistenten des serotherapeutischen Institutes des Herrn Prof. Kraus. Die bisher gewonnenen, äusserst interessanten Resultate dieser letzten Untersuchungen waren Gegenstand einer grösseren Demonstration und Discussion in der letzten Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien (cf. Bericht in der Wien. klin. Wochenschrift vom 19. Juni d. J.). Die Untersuchungen werden weiter fortgeführt.

In **Ungarn** ist die Erlaubniss zur Untersuchung der Schüler für die staatlichen und hauptstädtischen Schulen erst kürzlich ertheilt worden. Die Untersuchungen sind, wie uns Herr Prof. Onodi mittheilt, im Gange.

In **Italien** wird desgleichen eifrig gearbeitet. Bereits gelegentlich des XV. Congresses der Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia (Venedig

17.—21. Sept. 1912) machten E. Mancioli (Rom), G. Masini (Genua), A. Nieddu (Florenz), Orlandini (Florenz) und C. Caldera (Turin) Mittheilungen über die bisherigen Ergebnisse ihrer Untersuchungen.

Aus **Frankreich, Finnland und Schweden** erhalten wir von den Herren Organisatoren Nachrichten über einen guten Fortschritt der Arbeiten. Herr Dr. Nils Arnoldson hat in Stockholm allein bereits 2000 Kinder untersucht und ist mit weiteren Untersuchungen beschäftigt. Aus **Norwegen** haben wir bisher nur Bericht über die Untersuchungen in Christiania. Dieselben umfassen bereits ca. 20 000 Personen (Kinder und Erwachsene). Herr Dr. Wetterstad ist zur Zeit mit der Bearbeitung dieses Materiales beauftragt.

Was Deutschland anbetrifft, so werden im **Königreich Sachsen** die Schuluntersuchungen aus äusseren Gründen erst im Herbst dieses Jahres beginnen. Im Herzogthum Braunschweig sind bisher in der Stadt Braunschweig allein ca. 25 000 Kinder untersucht worden und ist Herr Dr. Schlegel zur Zeit mit der Verarbeitung des Materiales beschäftigt.

In **Hamburg** ist die Genehmigung zur Untersuchung der Schulkinder ertheilt und mit den diesbezüglichen Arbeiten im Laufe des Monats Juni begonnen worden.

Was **Ostpreussen** anbetrifft, so haben wir bisher nur Nachrichten aus dem Königsberger Universitäts-Institut erhalten. Herr Prof. Gerber betheiligt sich nicht nur persönlich an der Durchführung der betreffenden Arbeiten, sondern theilt uns auch mit, dass an seinem Institute eine wissenschaftliche Arbeit aus dem Gebiete der Ozaena sich in Vorbereitung befindet.

In **Danzig** sind bisher erst 2500 Schulkinder und 2000 Soldaten auf Ozaena untersucht worden, desgleichen in **Posen** 4000 Kinder, doch ist hier ein schnellerer Fortschritt nach den Schulferien zu erwarten.

In **Breslau** sind systematische Untersuchungen bisher bei ungefähr 1000 Kindern und 300 Erwachsenen angestellt worden. Ausserdem wird das laufende klinische und poliklinische Material ständig auf Ozaena untersucht. Wie uns Herr Prof. Brieger mittheilt, beschäftigt man sich in Breslau mit anatomischen und Röntgen-Untersuchungen bei Ozaena. Das anatomische Material des Allerheiligen-Hospitals wird ständig beobachtet und insbesondere auf Ozaena untersucht.

In **Schleswig-Holstein** sind die diesbezüglichen Arbeiten erst in der Entwicklung begriffen. Die systematischen Schuluntersuchungen sind noch nicht im Gange, doch wird das Material der Kieler Universitäts-Poliklinik bereits gesammelt und bearbeitet.

In **Westfalen** soll die Untersuchung von 10 000 Schulkindern bis Ende dieses Jahres durchgeführt werden.

In der **Provinz Hessen-Nassau** sind, wie uns Herr College Blumenfeld (Wiesbaden) mittheilt, die Vorarbeiten im besten Gange und auch ein die Ozaena betreffendes wissenschaftliches Thema befindet sich in der Bearbeitung.

Was die **Rheinprovinz** anbetrifft, so sind uns bisher nur Nachrichten aus dem Cölner Gemeindebezirk zugegangen. Daselbst hat Herr Geh.-Rath Prof. Dr. Hopmann bisher etwa den 5. Theil der in Betracht kommenden Volksschüler auf Ozaena untersucht. Ein kurzer Bericht über das bisherige auf über 13 000 Kinder sich erstreckende Material wurde Anfang April d. J. in der Westdeutschen Vereinigung der Hals- und Ohrenärzte erstattet. Nach Sichtung des bisherigen Rohmateriales sollen die Untersuchungen fortgesetzt werden.

Im **Regierungsbezirk Potsdam** ist Herr San.-Rath Dr. Kessner mit den Schuluntersuchungen beschäftigt, die am 1. Juli bereits beendet sein dürften. Auch aus der Lungenheilstätte Beelitz haben wir von dem zeitigen Director derselben, Herrn Dr. Marquardt, die Nachricht erhalten, dass man sich daselbst bemüht, für die Sammelforschung möglichst viel brauchbares Material zu erhalten.

In **Berlin** sind bisher die Gemeindeschüler aus den Schulen des Südostens und des Nordwestens, mehr als 30 000 an der Zahl, untersucht worden und sind wir zur Zeit mit der Sichtung unseres Materiales beschäftigt. Es soll eine genaue klinische, röntgenologische und bakteriologische Untersuchung der Ozaenafälle, sowie der Ozaenaverdächtigen stattfinden. Die bakteriologische Abtheilung des Reichsgesundheitsamtes hat uns unter der Leitung ihres bisherigen Directors, des Geh. Reg.-Rathes Prof. Dr. Weber bezüglich der bakteriologischen und serologischen Arbeiten das denkbar grösste Entgegenkommen bewiesen. Es drängt uns Herrn Geh. Rath Weber, der, zum Stadtmedicinalrath Berlins ernannt, aus seiner bisherigen Stellung ausgeschieden ist, an dieser Stelle unseren herzlichsten Dank für seine verständnissvolle Hülfe auszusprechen.

Wiewohl uns erst ein kleiner Theil von Berichten über den gegenwärtigen Stand der Ozaena-Sammelforschung zugegangen ist, der im Wesentlichen aus Deutschland und den Nachbarländern und auch hier nur von den Hauptorganisatoren stammt, während die Suborganisatoren bisher naturgemäss noch nicht zu Worte kommen konnten, fühlten wir uns dennoch verpflichtet, diese Mittheilungen zu veröffentlichen, um zu zeigen, dass der Zweck des Unternehmens, die Aufmerksamkeit weiterer Kreise auf die Ozaenafrage zu lenken und auf dem nächsten internationalen Laryngo-Rhinologen-Congress eine gut vorbereitete allgemeine Aussprache über dieses Thema herbeizuführen, heute bereits als zweifellos erfüllt gelten kann. Möge dieses Erkenntniss die Säumigen zur regen Mithülfe veranlassen, unseren bisherigen treuen Mithelfern aber das Bewusstsein verleihen, dass sie sich nicht zwecklos den vielen mühevollen Arbeiten unterziehen.

Da die Organisationsarbeiten jetzt beendet sind, und es nunmehr ausschliesslich auf die praktische Arbeit der Herren Collegen in den noch zur Verfügung stehenden vollen zwei Jahren ankommt, werden wir weitere Berichte nur in grossen Zwischenräumen veröffentlichen.

Geschäftsführendes Comité des III. Internationalen Laryngo-Rhinologen-Congresses für die Ozaena-Sammelforschung.

Prof. Dr. Grabower, Berlin W. 35, Genthiner Strasse 43.

Prof. Dr. Alexander, Berlin W. 50, Tauentzienstrasse 9.

Dr. Hugo Hempel, Berlin W. 50, Nürnberger Strasse 67.

Eröffnung einer Abtheilung für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke im Jubiläums-Spital zu Wien.

In dem kürzlich eröffneten Jubiläums-Spital, das die Gemeinde Wien erbaute, wurde u. a. auch eine vorzüglich eingerichtete Abtheilung für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkranke etablirt. Der leitende Primärarzt, Docent Dr. Otto Mayer, von der Grazer Schule, verfügt über 60 Betten. Dass die Ausstellung auch dieser Abtheilung mustergültig ist, braucht nicht erst betont zu werden, da das ganze grosse Spital auf das luxuriöseste gebaut ist. Hanszel.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIX. Berlin, August. 1913. No. 8.

I. Referate.

a) Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege, Medicamente.

1) **Arth. Alexander** (Berlin). **Ueber eine Betheiligung der Kinderärzte an der Internationalen Ozaena-Sammelforschung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 39. 1912.*

Referat in der pädiatrischen Section des Vereins für innere Medicin und Kinderheilkunde, 3. Juni 1912, um die Kinderärzte für die Sammelforschung zu interessiren und zur Mitarbeit anzuspornen.

ZARNIKO.

2) **H. Horace Grant. Verletzungen des Ductus thoracicus. (Wounds of the thoracic duct.)** *Lancet Clinic. 15. März 1913.*

1. Der Ductus kann in seiner Lage am Halse oberhalb der Claviculae bei Operationen wegen Drüsen oder Tumoren in dieser Region verletzt werden, besonders wenn es sich um sarkomatöse oder carcinomatöse Infiltrationen handelt.

2. Solche Verletzungen werden in über 50 pCt. der Fälle nicht während der Operation bemerkt, sondern werden erst dadurch entdeckt, dass sich nach 24 Stunden oder später Chylus in der Wunde zeigt, wodurch dann eine zweite Operation nothwendig wird.

3. Da der Ductus keine Collateralen besitzt, so verursacht seine Unterbindung in einer grossen Anzahl von Fällen starke Störungen, die zuerst sich in Durst und Anorexie, später grosser Trockenheit im Halse, Schwäche etc. besonders bei alten und heruntergekommenen Individuen äussert.

EMIL MAYER.

3) **C. Sterckmans** (Löwen). **Beitrag zum Studium der angeborenen Cysten des Ductus thyreohyoideus. (Contribution à l'étude des cystes congénitaux du canal thyro-hyoidien.)** *Presse oto-laryngologique belge. No. IV. 1913.*

Die Arbeit geht von einem Falle aus, den Verf. bezeichnet als: „Kyste branchial congénital thyroidogène mucoide.“ Der Tumor entwickelte sich im Alter

von 15 Jahren; er hatte den Umfang einer Mandarine und war mit einer Kapsel versehen, sass in der Mittellinie; er war bekleidet von einem geschichteten Pflasterepithel mit wenig erhabenen Papillen (Type dermo-papillaire Robins). Ein fibröser Strang wird als Rest des Canalis thyreo-glossus aufgefasst und bestätigt die Diagnose.

PARMENTIER.

4) **Wenglowski** (Moskau). **Ueber Halsfisteln und -Cysten.** *Archiv f. klin. Chir. Bd. 100. H. 3. 1913.*

Alle Missbildungen und Entwicklungsanomalien, die durch unvollkommene Rückentwicklung des Kiemenapparates bedingt sind, finden sich ausschliesslich in der oberhalb des unteren Zungenbeinrandes liegenden Gegend.

SEIFERT.

5) **Schlemmer. Halsphlegmone mit consecutiver Mediastinitis.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 8. November 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1912.*

Vorstellung eines Patienten, an welchem wegen einer tiefen Halsphlegmone mit consecutiver Mediastinitis acuta purulenta eine rechtsseitige Mediastinotomie ausgeführt wurde. Eine Miterkrankung des Mediastinums im Anschluss an eine Lymphadenitis suppurativa e furunculosi dürfte wohl nicht oft beobachtet werden.

HANSZEL.

6) **Wilmaers. Subaponeuretische suprahyoidale Phlegmone. (Phlegmon sus-hyoidien sous-aponeurotique.)** *Archives médicales belges. September 1912.*

Auf Grund zweier Beobachtungen weist Verf. auf die Nothwendigkeit einer möglichst frühzeitigen Operation hin und erinnert an den bisweilen schnell erfolgenden tödtlichen Verlauf der tiefen Halsphlegmonen.

PARMENTIER.

7) **Edmund A. Babler. Endotheliom der Lymphdrüsen des Halses. (Endothelioma of the lymph-nodes of the neck.)** *Journ. amer. med. association. 27. Juli 1912.*

Verf. berichtet über einen mit Erfolg operirten Fall und giebt im Anschluss daran einen Ueberblick über die Natur der Endotheliome.

EMIL MAYER.

8) **B. Müller. Thymustod und Status thymolymphaticus.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 5. S. 1075. 1913.*

Mittheilung von zwei Fällen, für deren plötzlichen Tod die Section als einzige Ursache einen ausgesprochenen Status thymolymphaticus feststellte.

OPPIKOFER.

9) **G. Pieri. Beitrag zur Thymuschirurgie. (Contributo alla chirurgia del timo.)** *Atti della clinica laryngoiatrica di Roma. 1912.*

Der Symptomencomplex, der durch die Thymusvergrösserung hervorgerufen war, wurde noch complicirt durch das Vorhandensein eines Fremdkörpers (knöcherner Knopf) im Oesophagus, den man aber erst bei der Autopsie fand. Das Kind war 15 Monate alt; es wurde ohne Narkose wegen drohender Erstickungsgefahr die Thymektomie gemacht, aber das Kind starb während der Operation.

Der Fremdkörper hatte bei der intra vitam gemachten Röntgenaufnahme keinen Schatten ergeben.

CALAMIDA.

10) **C. A. Parker. Chirurgie der Thymusdrüse; Thymektomie; Bericht über 50 operirte Fälle. (Surgery of thymus gland; Thymectomy; report of fifty operated cases.)** *American journal of diseases of children. Februar 1913.*

Intra vitam kann die Hyperplasie der Thymus oft durch das Bronchoskop diagnosticirt werden, durch welches man die Verengerung der Trachea in Folge Compression durch die Thymus sehen kann. Oft genügt es, ein langes Intubationsrohr einzuführen, um sofort die Stenoseerscheinungen zum Verschwinden zu bringen.

Verf. unterscheidet zwei Typen der Erkrankung: den Typus continuus, wo gewöhnlich gleich nach der Geburt oder wenig später permanente Dyspnoe einsetzt, und den intermittirenden Typus, der sich gewöhnlich später entwickelt und bei dem kürzer oder länger dauernde symptomlose Intervalle vorhanden sind. Die drei Hauptsymptome sind: Dyspnoe, Erstickungsanfälle und Stridor. Die ersten beiden Symptome bilden eine Indication für Operation, der Stridor allein nicht.

Die Behandlung ist im Wesentlichen eine chirurgische. Verf. bezeichnet die Thymektomie als ebenso nothwendig und wirksam, wie es Tracheotomie und Intubation bei höher sitzenden Stenosen sind. Ausfallserscheinungen in Folge des Entfernens der Drüse wurden nicht beobachtet, vielleicht weil immer Organreste zurückbleiben, vielleicht auch weil andere Organe (Schilddrüse, Milz) vicariirend eintreten.

Von 17 in der Literatur berichteten Todesfällen bei Thymektomie erfolgten vier in Folge Complication mit Tracheotomie, einer in Folge Wundinfection, vier in Folge Infection von septischen Tracheobronchialdrüsen, in einem ist vorher bronchoskopirt worden, in einem anderen sind unmittelbar vor der Operation verschiedene erfolglose Versuche zur Intubation gemacht worden. In drei Fällen mit unvollständiger Krankengeschichte betont der betreffende Autor ausdrücklich, dass der Tod nicht durch die Operation verschuldet war; in zwei Fällen erfolgte der Exitus mehrere Wochen später aus anderen Ursachen.

Die vom Verf. empfohlene Operation ist die intracapsuläre Thymektomie. Gewöhnlich wird Narkose gut dabei vertragen.

EMIL MAYER.

11) **Ove Strandberg. Pfannenstill's Methode, ihre Modificationen, Technik und Resultate. (Pfannenstill's Methode, dens Modifikationer, Teknik og Resultater.)** *Bibliothek for Laeger. H. 3. 1913.*

Es handelt sich um eine Uebersicht über die Methode mit besonderer Berücksichtigung der vom Verf. angewandten Technik, deren er sich in Finsen's medicinischem Lichtinstitut in Kopenhagen bedient.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

12) **J. Urszinyi** (Ozd. Ungarn). **Erfolgreiche Behandlung des Scharlachs mit präventiven Gurgelungen in der Incubationsperiode.** *Orvosi hetilap. No. 50. 1912.*

Gurgelungen mit H_2O_2 üben einen günstigen Einfluss auf den Verlauf der Scarlatina aus.

POLYAK.

13) C. R. C. Borden. **Anwendung von Salvarsan bei Erkrankungen von Nase und Hals. (Use of salvarsan in lesions of the nose and throat.)** *Journ. amer. med. associat. II. 21. September 1912.*

Verf. bespricht die Vortheile einer Salvarsankur in Verbindung mit Anwendung von Quecksilber und Jod. EMIL MAYER.

14) **Willy Pfeiffer** (Frankfurt a. M.). **Zur Localbehandlung mit „Neosalvarsan".** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 2. 1913.*

Neosalvarsan in 2—3proc. jedesmal mit Aqua dest. frisch hergestellter Lösung local angewandt bei Angina Vincenti, luetischen Schleimhautaffectionen und Alveolarpyorrhoe brachte auffallend rasche Reinigung resp. Heilung und Besserung der subjectiven Beschwerden. Die Verlaufsdauer wurde wesentlich abgekürzt. Directe Aufblasung in pulverisirtem Zustand bedingte ziemlich intensive Verätzung und Nekrotisirung des Gewebes in einem Falle von Angina Vincenti mit etwas verzögerter Heilung. W. SOBERNHEIM.

15) **Schwerdtfeger** (Halle a. S.). **Noviform in der oto-rhino-laryngologischen Praxis.** *Prager med. Wochenschr. No. 12. 1913.*

Als Ersatzmittel des Jodoforms sehr empfehlenswerth. HANSZEL.

16) **Loewenheim** (Berlin). **Ueber Menthospirin, ein neues Acetylsalicylsäure-Mentholpräparat.** *Med. Klinik. No. 19. 1913.*

Menthospirin besitzt eine dickflüssige Consistenz und hellgelbe Farbe, wird in Gelatinekapseln à 0,25 gegeben 2—3mal täglich zu 2—3 Kapseln bei Erwachsenen bei acuten und subacuten Katarrhen, bei deren Entstehung sowohl Infection als auch Erkältung eine Rolle spielen. SEIFERT.

17) **Auer. Erfahrungen mit Perhydrolmundwasser.** *Aerztl. Viertelj.-Rundschau. No. 1. 1913.*

Empfehlung des Krewel'schen Perhydrolmundwassers. Das gewöhnliche Wasserstoffsuperoxyd ist säurehaltig und deshalb den Zähnen schädlich.

SEIFERT.

18) **J. van der Hoeven Leonhard** (Amsterdam). **Neue Instrumente.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 721. 1913.*

Um das Zufestsitzen der Watte an den heute gebräuchlichen Watteträgern zu verhindern, benutzt Verf. dreikantig abgeschliffene Watteträger. Im Ferneren Abbildung eines Fremdkörperhäkchens und einer gezähnten Nasenzange.

OPPIKOFER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

19) **J. L. Fraser. Weitere Beiträge zur Bildung der Nasenhöhlen. (A further communication on the formation of the nasal cavities.)** *Journal of anatomy and physiology. Juli 1912.*

Verf. giebt in dieser Arbeit die Resultate seiner Untersuchungen am Embryo bis zum vierten Monat; die Arbeit ist durch zahlreiche Diagramme erläutert. Die Einzelheiten eignen sich nicht zum Referat. A. J. WRIGHT.

20) **Lautmann. Die Behandlung der Rhinitis und der Adenoiditis beim Säugling und im ersten Kindesalter. (Le traitement de la rhinite et de l'adénoidite chez le nourrisson et dans la première enfance.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. 3. 1913.*

Neben den bekannteren Ursachen der gehäuften Schnupfenanfälle beim Säugling durch Erkältung, schlechte Wohnungsverhältnisse etc. ist auch auf Verdauungsstörungen zu achten, die erst bei näherer Untersuchung des Kindes sich feststellen lassen. Prophylaktisch ist dies um so wichtiger, als aus dem Umstande, dass die Schnupfenanfälle sich häufen, man den unrichtigen Schluss zieht, dass dieselben bedingt sind durch das Vorhandensein von adenoiden Wucherungen, während im Gegentheil erst die gehäuften Rhinitiden zur dauernden Schwellung des lymphatischen Gewebes im Cavum und damit zur Entstehung der adenoiden Wucherungen führen. Im Schnupfenanfall ist die Nasenverstopfung in erster Linie mit folgender Salbe zu behandeln:

Cocaini muriatici 0,05 g
Sol. adrenalini ad 1 pM. gtt. X
Vaselini puri 5 g.

Gegen die Secretion sind täglich 2—3mal wiederholte Einspritzungen mit der bequemen Spritze von Marfan, die 1 g fasst, von folgender Lösung zu verwenden:

Collargoli 0,10—0,20 g
Protargoli 0,10—0,30 g
Aq. dest. 20 g.

Zumeist sind beide Medicationen gleichzeitig zu verwenden. Intern wird auch bei Abwesenheit von Fieber Aspirin in Dosen von 0,25 cg verschrieben, das täglich einmal, am besten des Abends, verabfolgt wird. Bei Säuglingen ist Menthol strenge contraindicirt, bei älteren Kindern, von ca. 2 Jahren angefangen, kann es in schwachen Concentrationen mit Erfolg gegeben werden. LAUTMANN.

21) **W. Roth. Calcium lacticum bei Rhinitis.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 18. April 1913. *Wiener klin. Wochenschr. No. 17. 1913.*

Bei acuter Rhinitis wirken 4—5 g Calcium lacticum pro die, innerlich, secretionsbeschränkend; auch bei chronischer Rhinitis günstige Einwirkung auf Schwellung und Secretion. Empfehlenswerth bei Jodschnupfen. Zu versuchen bei Heuschnupfen. HANSZEL.

22) **M. Lermoyez. Ueber die Behandlung der Hydrorrhoea nasalis. (Traitement pathogénique de l'hydrorrhée nasale.)** *Presse médicale. No. 44. 1913.*

Die Hydrorrhoea nasalis findet sich bei den neuroarthritischen Individuen, zumeist Frauen. Die Ursache ist im fehlerhaften Stoffwechsel einerseits und in der mangelhaften Ausfuhr der schädlichen Stoffe andererseits gelegen. Eine locale Behandlung der Hydrorrhoea nasalis kann in den meisten Fällen höchstens nicht schaden, selten ist sie im Stande, zu nützen. Als einziges locales Mittel giebt Verf. die Heissluftbehandlung zu. In den meisten Fällen ist aber eine solche nicht

nöthig, da die Behandlung des Allgemeinzustandes gewöhnlich rasch zum Ziele führt. Die Allgemeinbehandlung heisst: Milchdiät und Bettruhe. Führt diese Behandlung rasch zum Ziele, so kann man sie mit entsprechenden Modificationen fortführen. Hierzu eignen sich Trinkkuren in Martigny, Contrexeville, Vettel, Evian.

LAUTMANN.

23) **L. B. Bates. Leishmaniosis der Nasenschleimhaut. (Leishmaniosis [oriental sore] of the nasal mucosa.)** *Journ. amer. med. associat. 22. März 1913.*

Der hier mitgetheilte Fall betrifft einen Farmer aus Panama, Provinz Los Santos. Seine Krankheit datirt seit Jahren. Er hat eine tiefe Ulceration am Helix des linken Ohres, eine geringere am rechten Ohr und auf der Streckseite des Ellbogens. Die untere Hälfte der Nase ist bis auf das Doppelte ihres normalen Umfanges geschwollen und indurirt. Die freien Ränder der Nasenflügel sind tief ulcerirt und mit harten Borken bedeckt. Keine Drüsenschwellungen; sonstige Untersuchungsergebnisse negativ. Ausstriche vom Ohr und den Nasenflügeln, nach Hasting gefärbt und mit Giemsa nachgefärbt, zeigte eine mässige Anzahl von typischer Leishmaniae tropicae. Das Septum nasi blutete bei der leisesten Berührung; Ausstriche vom Septum ergaben zahlreiche Eiterzellen und eine mässige Menge von Leishmania tropica. In einem Ausstrich von der rechten Seite fanden sich zwei dieser Körper im Protoplasma einer Zelle. Es fanden sich keine säurefesten Bacillen oder sonstige Krankheitserreger. Verf. hat in der Literatur nur noch einen Fall auffinden können, in dem die Krankheit auf die Schleimhaut übergegangen war; es ist dies ein Fall von Carini. Leider hat der Verf. verabsäumt, eine genaue Untersuchung des Naseninnern bei reflectirtem Licht zu machen.

EMIL MAYER.

24) **Tertsch. Acute retrobulbäre Neuritis, die bei negativem Nierenbefund durch Scarification des vorderen Endes der mittleren Muschel der Nase ausgeheilt wurde.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 21. Februar 1913. *Wiener klin. Wochenschr. No. 9. 1913.*

Die Frage des Zusammenhanges zwischen Auge und Nase ist in diesen Krankheitsfällen noch nicht geklärt, doch scheint das vordere Ende der mittleren Muschel keine Electivstelle der Behandlung zu sein.

In der Discussion bemerkt Hajek, dass die Behauptung der Ophthalmologen, es müsse eine retrobulbäre Neuritis eine nasale Ursache haben, weil kein anderer Grund vorliegt, unrichtig ist und dass die erfolgreiche Therapie von der Nase aus noch nicht beweisend ist, dass die Ursache in der Nase liege.

S. Federn beobachtete an sich selbst bei Faradisiren seiner Nasenhöhle zweifellos Reactionserscheinungen des gleichseitigen Auges, unter anderem Skotome, die früher gewiss nicht vorhanden waren.

O. CHIARI.

25) **Mounier. Kopfschmerzen und Gesichtsneuralgien nasalen Ursprungs. (Cephalies et neuralgies faciales d'origine nasale.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. Tome XVI. No. 2.*

Abdruck eines Vortrages, gehalten in der Pariser Gesellschaft für Otorhinolaryngologie (s. Referat).

LAUTMANN.

26) **Rodriguez Pinilla** (Salamanca). **Neue Mittel in der Ozaenatherapie. (Nuévos topicos en la terapeutica de la osena.)** *Espana medica. 1. November 1912.*

Verf. bevorzugt die Paraffininjectionen; sind diese jedoch nicht möglich, so empfiehlt er Einführung von Wattetampons, die mit reinem H_2O_2 getränkt sind.

TAPIA.

27) **Hahn** und **Malan. Behandlung der Ozaena nach der Methode von Foy. (Cura dell' ozena secondo il metodo di R. Foy.)** *R. Accademia di medicina di Torino. 5. Juli 1912.*

Die Foy'sche Kur (Annales des maladies de l'oreille. 1910/1911. Ref. Centralbl. 1911 u. 1912) besteht darin, dass die Patienten wieder zur Nasenathmung erzogen werden. Foy definirt die Ozaena als eine nach infectiöser Rhinitis entstandene Mangelhaftigkeit der Nasenathmung. Die Behandlung besteht ausser Anwendung der gewöhnlichen desinficirenden Mittel darin, dass die Nasenschleimhaut mittels eines Luftstromes von bis zu 5 Atmosphären Druck angeregt wird und systematische Athemübungen gemacht werden.

Verf. haben mit dieser Methode bei 14 Patienten sehr erhebliche und schnelle Besserungen erzielt, die eine baldige Heilung erwarten lassen; sie glauben, dass Paraffininjectionen in gewissen Fällen eine Ergänzung der Behandlung bilden können resp. müssen, wenn nämlich die Erziehung zur nasalen Athmung allein nicht genügt hat, um die Nasenschleimhaut wieder normal zu gestalten.

FINDER.

28) **Mahu. Behandlung der Ozaena. (Traitement de l'ozène.)** *Presse médicale. 4. Januar 1913.*

Eine allgemeine Uebersicht über das Thema. Verf. benutzt in der Praxis die Spülungen mit dem Weber'schen Syphon und Paraffininjectionen, wobei er kaltes Paraffin bevorzugt. Schliesslich befürwortet Verf. die Foy'sche Methode der „rééducation respiratoire nasale“.

GONTIER DE LA ROCHE.

29) **Rob. Rendu. Rhinolithe.** *Lyon méd. S. 474. 1912.*

12jähriges Kind; der Rhinolith hatte eine ringförmige Gestalt, ein Fremdkörper fand sich nicht, doch vermuthet R., dass das Concrement sich um einen ringförmigen Fremdkörper abgelagert haben könne, der dann ausgestossen worden sei. In der Discussion bemerkt Garel, dass die Rhinolithen zwar stets sich am Fremdkörper ansetzen, dass diese aber auch durch Würgen und Schlucken von hinten her in die Nase gelangen können.

GONTIER DE LA ROCHE.

30) **Kubo. Ueber die Entstehung der Sphenochoanalpolypen.** *Mittheil. der med. Facultät zu Fukuoka. Bd. 6. H. 2. 1912.*

Verf. berichtet über solche solitäre Choanalpolypen, welche aus der Keilbeinhöhle entspringen und wie Nasenrachenfibrome aussehen und nennt sie Sphenochoanalpolypen. Der Entwicklungsmodus ist wie bei den Antrochoanalpolypen.

KUBO.

31) **Ino Kubo. Ueber die Sphenochoanalpolypen. (Sur les polypes sphéno-choanaux-Kubo.)** *Archives internat. de laryng. No. 2. Tome XXXV.*

Diese Arbeit dürfte im deutschen Original schon anderswo erschienen sein. (Fränkel's Archiv. Bd. 27. S. folgendes Referat. Red.) Bei dem Interesse, das die Lection dieser Arbeit liefert, sei wiederholt, dass die wichtigsten Schlusssätze folgende sind: 1. Die solitären Choanalpolypen können ebenso wie aus dem Sinus maxillaris aus dem Sinus sphenoidalis oder aus dessen Umgebung stammen. Anfangs befanden sich diese Polypen innerhalb des Sinus und werden entweder zufällig bei einer Trepanation gefunden oder sie stellen sich als polypenförmige Auswüchse des oberen Choanalrandes, gerade unterhalb des Ostiums sphenoidale dar. Sie sind dann ein objectives Merkmal vom Bestehen der Sinusitis sphenoidalis. 3. Später können diese Polypen die Choanen ganz ausfüllen. Es ist wichtig, die Herkunft dieser Polypen zu kennen. 4. Die sphenochoanalen Polypen können mit dem Nasenrachenfibrom leicht verwechselt werden, namentlich wenn der Polyp kurzgestielt ist. Eine genaue Untersuchung ist nöthig. 5. Die meisten Polypen, die vom Choanalrand auszugehen scheinen, sind echte sphenochoanale Polypen. In diesen Fällen ist das Ostium sphenoidale gewöhnlich sehr breit. 7. Die blosse Entfernung der Polypen genügt nicht. Es muss, um radicale Heilung zu erzielen, gleichzeitig die Sinusitis sphenoidalis behandelt werden.

LAUTMANN.

32) **Ino Kubo** (Fukuoka, Japan). **Ueber die Sphenochoanalpolypen (Kubo).** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 2. 1913.*

Verf. giebt vier ausführliche Krankengeschichten, aus denen hervorgeht, dass die bis über den Chonalrand hinausragenden Polypen ihren Sitz in der Keilbeinhöhle hatten. Diese „Sphenochoanalpolypen“ können wegen des kurzen Stieles und ihrer Lage den Nasenrachenfibromen sehr ähnlich sein, so dass eine genaue Untersuchung vorauszuschicken ist. Der Mutterboden, die Keilbeinhöhle muss selbst der Behandlung unterzogen werden.

W. SOBERNHEIM.

33) **Kubo. Ob Papilloma durum der Nasenhöhle gutartig ist?** *Verhandlungen der Kiushu-Igakukwai. 1912.*

Verf. berichtet über zwei Fälle von riesiggross gewordenem Papilloma durum der Nase, welches makroskopisch sowie mikroskopisch als solches bewiesen wurde und doch durch Oberkieferresection entfernt werden musste. Der erste Fall betraf eine 59jährige Frau und der zweite eine 55jährige Bäuerin. Dagegen behandelte Verf. einen durchaus gutartigen Papillomfall bei einem 65jährigen Schneider, der seit 14 Jahren wiederholt wegen Polypen operirt wurde und bei dem die Geschwülste seit 6 Jahren mikroskopisch als Papilloma durum diagnosticirt wurden. Verf. macht darauf aufmerksam, dass das Papilloma durum nasi bei Greisen nicht immer als gutartig betrachtet werden kann.

KUBO.

34) **U. L. Torrini. Beitrag zur Kenntniss der Tumoren der Nasenhöhlen. (Contributo alla conoscenza dei tumori delle cavità nasali.)** *Atti della clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma. 1912.*

40jähriger Patient. Nase äusserlich stark verbreitert. In beiden Nasenhöhlen

eine bis zum Vestibulum reichende fleischige Masse, die bei Sondenberührung sich derb anfühlt. Bei der Operation (Rhinotomia bilateralis) stellt sich heraus, dass das Septum völlig zerstört war. Ferner hatte der Tumor des Os palatinum in der Mittellinie usurirt, so dass das Mundhöhlendach an dieser Stelle nur aus der Schleimhaut und dem submucösen Gewebe bestand; hier am Nasenboden schien der Ausgangspunkt der Geschwulst zu sein. Der Tumor wurde völlig entfernt, dann mit dem Galvanocauter geätzt. Völlige Heilung.

Aus den histologischen Betrachtungen des Verf.'s geht hervor, dass er hier einen Fall von Verwandlung eines gutartigen Tumors in einen bösartigen annimmt. Er definirt die Geschwulst als ein Myxom, das in Umwandlung zu einem Hämo-Lymphangioma endotheliomatosum sich befindet. CALAMIDA.

35) J. Sedziak. **Ueber bösartige Neubildungen in den Nebenhöhlen der Nase und in dem Nasenrachenraum. (Nowotwory złosliwe w jamach obocznych nosa, oraz w jamie nosowogardzielowej.)** *Medycyna. No. 9/10. 1913.*

Verf. sammelte aus der Gesamtliteratur 405 (dabei 16 eigene) Fälle von bösartigen Neubildungen in den Nebenhöhlen der Nase und in dem Nasenrachenraum: a) Bösartige Neubildungen im Sinus frontalis 26, b) im Sinus sphenoidalis 28, c) im Sinus ethmoidalis 38, d) im Antr. Highmori 124, schliesslich e) im Nasopharynx 181. Ueberdies wurde in 7 Fällen die Localisation nicht genau angegeben und in einem Falle waren alle Sinus afficirt. A. v. SOKOLOWSKI.

36) Jean Sendziak. **Die malignen Tumoren der Nebenhöhlen der Nase und des Nasenrachens. (Les tumeurs malignes des sinus du nez et de la cavité nasopharyngienne.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXV. No. 2.*

Ein Fragment aus einer zu veröffentlichenden Monographie. Das Fragment enthält nur Zahlen und Autorennamen. LAUTMANN.

37) E. Bulson. **Maligne Neubildungen in den Nebenhöhlen. (Malignant neoplasm of the accessory sinuses.)** *Journal Indiana state med. assoc. 15. Sept. 1912.*

Verf. hat in seiner Praxis 12 Fälle von malignen Tumoren in den oberen Luftwegen und den Sinus beobachtet. In vier von diesen Fällen glaubt Verf. annehmen zu dürfen, dass es sich um primäre Tumoren der Nebenhöhlen gehandelt habe. Obwohl maligne Tumoren der Keilbeinhöhle als recht selten gelten, betrachtet Verf. drei seiner Fälle als hierher gehörig. EMIL MAYER (L. JACOBS).

38) A. Caminati. **Ein Fall von Endotheliom der Oberkieferhöhle. (Un caso di endotelioma del seno mascellare.)** *Gazetta degli ospedali. März 1913.*

Der Fall betraf einen 14jährigen Knaben. Histologisch wird der Tumor definirt als Angio-Endotheliom. CALAMIDA.

39) Seymour Oppenheimer. **Erkrankung der Nebenhöhlen der Nase. (Disease of the nasal accessory cavities.)** *New York med. journ. 15. März 1913.*

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Bei chronischen Knochenveränderungen oder bei Entwicklung activer Augensymptome oder Gehirncompli-

cationen ist die Radicaloperation dringend indicirt. Bei combinirter Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung, mit mehr oder weniger polypoider Degeneration an der mittleren Muschel kann man Heilung sicher nur auf dem Wege einer Operation von aussen erzielen. Bei Stirnhöhlen- und Oberkieferhöhleneiterung, wo die Annahme gerechtfertigt ist, dass intercelluläre Septa oder unregelmässige Theilungen im Sinus bestehen, müssen die Höhlen breit eröffnet werden, damit man jene Septa und die erkrankte Schleimhaut entfernen kann. In allen Fällen jedoch, wo gute Drainage vorhanden ist, die allgemeine Gesundheit nicht beeinträchtigt ist, ausser dass gelegentlich Kopfschmerzen bestehen und man den Patienten unter Beobachtung halten kann, wiegen die Risiken der Radicaloperation deren Vortheile mehr als auf.

EMIL MAYER.

40) **N. B. Carson. Stein in der Highmorshöhle. (Stone in the antrum of Highmore.)** *Interstate med. journ. März 1913.*

Verf. berichtet folgenden Fall: 67jähriger Mann wurde wegen eines angeblichen Tumors der Oberkieferhöhle in das Krankenhaus aufgenommen. Die Symptome waren: ausgesprochene Verdickung der linken Wange, Exophthalmus des linken Auges, Vorwölbung des harten Gaumens nach unten auf derselben Seite. Die Operation ergab einen Tumor im Antrum, die Vorderwand des letzteren war zerstört. Gerade über dem Alveolarrand war ein harter irregulär geformter Stein ungefähr von der Grösse der Endphalanx des kleinen Fingers. Es wurde der ganze Oberkiefer mitsammt dem Auge entfernt. Nach der Entfernung bot der Stein das Aussehen eines Gallenconcrementes; es wurde durchgesägt und sah nun aus wie eine sehr harte schwarze Schale, die gefüllt war mit einer helleren gelblichen derben körnigen Masse. Der Stein bestand fast ganz aus Calciumphosphat. Der Tumor war ein Plattenzellencarcinom.

EMIL MAYER.

41) **Kofler. Demonstration eines Falles von complicirtem Kieferhöhlenempyem dentalen Ursprungs mit schweren Augensymptomen.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 4. April 1913. *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1913.*

Radicaloperation sämmtlicher Nebenhöhlen. Eröffnung einer Orbitalphlegmone. Freilegung eines erbsengrossen Defectes in der Hinterwand, in welcher die Dura pulsirte. Einlage von Jodoformgaze. Evisceration des rechten Bulbus wegen eitriger Panophthalmitis. Heilung.

HANSZEL.

42) **Ross H. Skillern. Die explorative Punction der Kieferhöhle mit der Nadel bei 100 tuberculösen Individuen. (The exploratory needle puncture of the maxillary antrum in one hundred tuberculous individuals.)** *Journ. amer. med. assoc. II. 21. September 1912.*

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Sinus bei gesunden Individuen sind frei von Bakterien.

2. Tuberculöse Personen neigen nicht mehr zu Sinuserkrankungen als andere Menschen.

3. Lungentuberculose prädisponirt nicht zu Sinuserkrankungen.

4. Genuine tuberculöse Processe finden sich selten, wenn überhaupt in einem Sinus.

EMIL MAYER.

43) **Démeter R. v. Bleiweis** (Laibach). **Zahnwurzelresection mit gleichzeitiger Eröffnung der Kieferhöhle bei acuten Empyemen dentalen Ursprungs.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 135. 1913.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines auf diese Art behandelten Falles: in Localanästhesie Resection der Wurzelspitze und von der gleichen Stelle aus Eröffnen des Antrums mit dem Bohrer. Später Einlegen eines Gummizapfens. Patient in Heilung.

OPPIKOFER.

44) **E. Pollak** (Graz). **Folgekrankheiten der Nase und der Kieferhöhle nach periapicalen Eiterungen der oberen Schneidezähne.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. Bd. 47. S. 305. 1913.*

Fall 1. Alveolarabscess, ausgehend von der kranken Wurzel des linken seitlichen Schneidezahnes, wölbt sich nach dem Nasenboden vor. Incision.

Fall 2. Bei 26 Jahre alter Frau dentaler Septumabscess, ausgehend vom linken grossen Schneidezahn. Fieber bis 39,2. Bei Incision ins Septum Eiter stark fötid. Heilung ohne äussere Formveränderung der Nase.

Fall 3. Dentale Kieferhöhleneiterung, ausgehend von einem periapicalen Abscess des rechten kleinen Schneidezahnes. Eröffnen der Kieferhöhle vom untern Nasengange aus.

OPPIKOFER.

45) **Rollet** und **Genet** (Lyon). **Phlegmone des unteren Augenlids bei Kieferhöhlenempyem. (Phlegmon de la paupière inférieure révelateur d'une sinusite maxillaire.)** *Lyon médical. 18. Mai 1913.*

Die Phlegmone wurde mittels einer dem Orbitalrande folgenden Incision eröffnet; der Verlauf war ein normaler, die Autoren haben über die Integrität des Knochens sich keine Rechenschaft geben können. Es besteht die Frage, ob ein directer Zusammenhang zwischen den beiden Affectionen besteht.

GONTIER DE LA ROCHE.

c) Mundrachenhöhle.

46) **Zografides. Ueber die Therapie der Ranula sublingualis.** *Monatsschr. für Ohrenheilk. Bd. 47. S. 721. 1913.*

In drei Fällen Heilung durch Anwendung der Galvanokaustik in Form von Tiefenstichen.

OPPIKOFER.

47) **F. Henke. Seltene aber wichtige Zungenerkrankungen.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 6. S. 19. 1913.*

Fall 1. Primäre Zungentuberculose. 60 Jahre alte, früher immer gesunde Frau. Keine Anhaltspunkte für Lues oder Tuberculose, innere Organe gesund, Wassermann negativ. An der Zungenspitze links neben der Medianlinie bohnengrosser in die Zungensubstanz eingelagerter Knoten. Mikroskopische Untersuchung: Tuberculose.

Fall 2. Primäre Lues der Zunge. Der Primäraffect sass an der Zungentonsille. Die Infection war durch ein Kind zu Stande gekommen, bei dem neben einem ausgedehnten papulösen Syphilid Papeln auf der rechten Tonsille nachweisbar waren.

OPPIKOFER.

48) **Garcia Rijo. Fremdkörper der Zunge. (Cuerpo extrano de la langua.)** *Cronica medico-guirurgica de la Habana. 5. August 1912.*

Schussverletzung der Unterlippe mit Verlust der beiden Schneide- und Eckzähne. Gleichzeitig Verletzung der Zunge. Drei Monate später sah Verf. den Verletzten; er fand in der Zunge einen Fistelgang, in dessen Tiefe man einen Fremdkörper sah. Bei der Operation erwies sich dieser Fremdkörper als eine Zahnkrone.

TAPIA.

49) **MacFarlan. Fall von Fibroangiom der Zunge. (Case of fibro-angiome of the tongue.)** *The Laryngoscope. Februar 1913.*

Es handelt sich um einen 72jährigen Mann. Auf der Basis der Zunge befand sich linkerseits eine gestielte Geschwulst von der Grösse einer Kastanie. Die histologische Untersuchung der mit der Schlinge abgetragenen Geschwulst ergab ein Fibro-Angiom.

EMIL MAYER.

50) **Devé** (Rouen). **Atrophischer Krebs der Zunge. (Cancer atrophique de la langue.)** *Société de médecine de Rouen. 14. April 1913.*

Diese Form ist relativ sehr selten im Vergleich zu den beiden anderen Formen, der vegetirenden und ulcerösen. Verf. hatte Gelegenheit, einen typischen Fall zu beobachten.

GONTIER DE LA ROCHE.

51) **Robert Abbe. Maligne Erkrankung der Zunge und Mundhöhle. (Malignant disease of the tongue and mouth.)** *Medical Record. 15. März 1913.*

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

Die möglichst frühzeitige und radicale Operation bildet immer noch die verhältnissmässig aussichtsvollste Therapie. Der Erfolg des Radiums bei vorgeschrittenen Fällen ist nur ein vorübergehender; bei Riesenzellensarkom wirkt es specifisch. Für Leukoplakie giebt es kein Mittel ausser Radium.

EMIL MAYER.

52) **C. Coris. Fünf maligne Tumoren der Zunge und des Pharynx. (Cinq tumeurs malignes de la langue et du pharynx.)** *Société médico-chirurgicale du Brabant. 28. Februar 1913.*

Um eine Infection der tieferen Theile durch die Mundsecrete zu verhüten, empfiehlt G. eine Operation in zwei Zeiten. In einer ersten Sitzung werden die Drüsen mit dem ganzen Halsfett und die Lymphbahnen bis nahe an den Tumor heran entfernt. In einer zweiten Sitzung exstirpirt man den Tumor und geht sehr tief, um kein inficirtes Gewebe mehr zurückzulassen.

Verf. demonstrirt anatomisch-pathologische Präparate und einen Patienten, bei dem die hintere Hälfte der Zunge, die hintere Hälfte des Unterkiefers, die Glandula submaxillaris en bloc entfernt wurden und wo sich die Drüsen längs der Jugularis interna gegen Speiseröhre und Wirbelsäule hin erstreckten.

PARMENTIER.

53) **Liebault** und **Celles** (Bordeaux). **Seltener polypöser Tumor des Pharynx. (Tumeur polypeuse et rare du pharynx.)** *Journ. de médecine de Bordeaux. 12. Januar 1913.*

Rother, glatter Tumor, der bei Würgbewegungen aus der Tiefe des Pharynx hervorkommt. Als seine Insertionsstelle ergiebt sich die rechte seitliche Pharynxwand, wo er mittelst eines langen dünnen Stiels anhaftet. Abtragung von Moure.

GONTIER DE LA ROCHE.

54) **Pierre Nadal. Papillomatöse Veränderungen innerhalb der Crypten der Tonsille. (Lésions papillomateuses intra-cryptiques de l'amygdale.)** *Revue hebdom de laryng. No. 12. 1913.*

An einer wegen einfacher Hypertrophie entfernten Mandel bei einem 32jährigen Manne wurden histologisch papillomatöse Veränderungen innerhalb der Crypten der Mandel entdeckt.

LAUTMANN.

55) **W. Stewart. Die Behandlung von Adenoiden und Tonsillarhypertrophie ohne Operation. (The treatment of adenoids and enlarged tonsils without operation.)** *Brit. med. journal. 31. März 1913.*

Verf. räth zur Behandlung mittelst Röntgenstrahlen. Die Strahlen wurden seitlich durch die Haut hindurch oberhalb und hinter dem Kiefermuskel applicirt. Die Dosis überschritt in keinem Falle ein halb Sabouraud; es wurde eine grosse Anzahl von Fällen behandelt und gewöhnlich waren 2 oder 3 Sitzungen genügend. Verf. findet, dass die Tonsillen bei dieser Behandlung so viel kleiner werden, dass alle obstructiven Erscheinungen, sowie die durch Infection der Tonsillen und Adenoiden bedingten Zustände verschwinden.

A. J. WRIGHT.

56) **Greenfield Sluder. Eine Methode der Tonsillektomie mit Hülfe der Alveolarprominenz des Unterkiefers. (A method of tonsillectomy by means of the alveolar eminence of the mandible.)** *Journ. amer. med. assoc. 1. März 1913.*

Verf. ist, nachdem er alle Modificationen seiner Instrumente ausprobirt hat, zu seinem ursprünglichen Modell zurückgekehrt. Er hat es so kräftig gemacht, dass die stumpfe Schneide durchschneidet. Vom Standpunkt der Blutung findet er keinen Unterschied zwischen der Schlinge und der Schneide. Nur darf diese nicht zu sehr abgestumpft werden, da sie sonst über die Gewebe fortgleitet, statt sie durchzuschneiden. Verf. beschreibt genau, auf welche Weise er seine Guillotine in der gewünschten Weise verstärkt hat und erläutert dies durch Abbildungen.

EMIL MAYER.

57) **Charles J. Imperatori. Die Sluder'sche Operation zur Entfernung der Tonsillen. (The Sluder operation for the removal of the tonsils.)** *American medicine. December 1912.*

Verf. empfiehlt die Sluder'sche Operation; er sagt jedoch, dass zu ihrer Ausführung erhebliche Uebung nothwendig sei, denn es sei schwierig für den mit der rechten Hand arbeitenden Operateur, die rechte Tonsille zu entfernen. Für den jedoch, der das Verfahren beherrscht, giebt die Operation ausgezeichnete

Resultate; die Gründlichkeit der Enucleation, die kurze Dauer der Operation, die geringe Zahl der erforderlichen Instrumente, und vor Allem die Verringerung des Traumas, sollten sie zur Methode der Wahl besonders bei Kindern machen.

EMIL MAYER.

58) **A. Lengyel** (Budapest). **Meine Erfahrungen über die mit dem Aurelius Réthi'schen Expressor ausgeübte Tonsillektomie.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 2. 1913.*

Durch Benutzung des Instruments, das eine Ablösung der Gaumenbögen mit dem Messer unnöthig macht, ist eine Beschädigung derselben ausgeschlossen. Blutungen sind bisher nie beobachtet worden. Die Operation geht schneller vor sich als bei den üblichen Methoden; die Mandelzange, die leicht zu Zerreissungen der Tonsillen führt, ist bei der Enucleation entbehrlich. Nachdem der obere Mandelpol mit Freer'schem Septumschleimhautmesser freigelegt ist, wird die durch den Expressor ausgeschälte Mandel mit der Zange gefasst und mit dem Eves'schen Schnürer entfernt.

W. SOBERNHEIM.

59) **Harold Whale. Die Spätresultate der Tonsillotomie und Tonsillektomie. (The remote results of tonsillotomy and tonsillectomy.)** *Lancet. 15. Febr. 1913.*

Verf. prüfte 220 unausgewählte Fälle, 110 Tonsillotomirte und 110 Tonsillektomirte; bei 70pCt. der Untersuchten war mehr als 2 Jahre nach der Operation verflossen. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

Nachtheile der Tonsillotomie sind:

1. Anlass zu einer Infection, Tonsillitis, Lymphadenitis oder beides.

2. Wiederauftreten der Störungen, wegen deren die Operation gemacht wurde; Ausnahme bilden Stimmstörungen, deren Wiederauftreten nach Tonsillotomie nicht wahrscheinlicher ist als nach Tonsillectomie.

Nachtheile der Tonsillektomie sind:

1. Das Risiko ernster Blutungen während oder nach der Operation.

2. Das Risiko späterer unangenehmer Deformirungen, besonders Adhäsion des hinteren Gaumenbogens an die hintere Pharynxwand, und Ueberwachsen der Plica triangularis.

3. Das Risiko einer späteren Sprachstörung auch ohne Deformität.

Verf. räth jedem Individuum, dessen Existenz von der Stimme abhängt, zur Tonsillotomie.

A. J. WRIGHT.

60) **G. Skillern. Anomalie der Art. carotis interna und ihre klinische Bedeutung bei Mandeloperationen. (Anomalous internal carotid artery and its clinical significance in operations on tonsils.)** *Journ. amer. med. assoc. 18. Januar 1913.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die zahlreichen Fälle von anormalem Verlauf der Carotis; er räth zu einer gründlichen ocularen und palpatorischen Untersuchung des Pharynx auf Pulsation, bevor man zu Tonsillenoperationen schreitet. Wo trotz der Anomalie die Operation indicirt ist, da sollte die präliminare Unterbindung der Carotis interna gegenüber dem oberen Schildknorpelrande

gemacht werden. Bestehen Zweifel, ob es sich um eine Pharyngea ascendens oder die Carotis interna handelt, so soll die Carotis communis gegen das Tuberculum Chassignac comprimirt und dann die Unterbindung vorgenommen werden.

EMIL MAYER.

61) **W. S. Franklin. Operative und postoperative Tonsillarblutungen. (Operative and post-operative tonsillar hamorrhage.)** *California state journal of medicine. November 1912.*

Verf. sagt, dass man keinen Fall vom Operationstisch lassen solle, wo die Wunde nicht absolut trocken sei; jeder Fall von primärer oder secundärer Blutung, den er gesehen hat, documentirte die Neigung zur Blutung bereits auf dem Operationstisch. Gegenwärtig näht er stets, wenn nicht 10 Minuten nach der Enucleation jede Blutung aufgehört hat. Verf. betont, wie wichtig es sei, Tonsillarblutung chirurgisch, d. h. mittels mechanischer Compression der blutenden Gefässe zu behandeln, er verwirft den Mikulicz'schen Hämostaten, ebenso wie die chemischen Haemostyptica, auf deren consringirende Wirkung stets eine secundäre dilatirende folge.

EMIL MAYER.

62) **Aurelius Réthi** (Budapest). **Die Bekämpfung der Nachblutung bei den chirurgischen Eingriffen der Tonsillen und des Kehlkopfes.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 2. 1913.*

Verf., der nie nach Tonsillektomie, sondern nur nach Tonsillotomie Nachblutungen gesehen hat, näht nicht die Gaumenbögen zusammen, sondern umsticht die ganze Wundfläche mit mehreren Nähten, ohne mit dem Stichcanal auf die Wundfläche zu kommen. Zur Naht wird eine Reverdin'sche langstielige Nadel benutzt, welche mit einem langen Faden so armirt wird, dass die zwei Fadenhälften gleich lang sind. Es werden 3 bis 4 Umstechungen gemacht; die Knüpfung der Fäden geschieht mittels Plomben in einfacher Weise. Die Technik wird durch Abbildungen illustrirt.

W. SOBERNHEIM.

d) Diphtherie und Croup.

63) **Jochmann** (Berlin). **Zur Prophylaxe der Diphtherie.** *Med. Klinik. No. 24. 1913.*

Da dem von den Höchster Farbwerken abgegebenen Rinderserum keine toxischen Eigenschaften innewohnen, wird dieses zur prophylaktischen Immunisirung zu empfehlen sein.

SEIFERT.

64) **J. D. Rolleston. Die Behandlung chronischer Diphtheriebacillenträger mittels Bouillonculturen von Staphylococcus pyogenes aureus. (The treatment of diphteria bacillus carriers with bouillon cultures of staphylococcus pyogenes aureus.)** *Brit. journal of childrens diseases. Juli 1913.*

Zehn chronische Diphtheriebacillenträger wurden behandelt, indem Hals und Nase mit Bouilloncultur von Staphyl. aureus ausgesprayt resp. ausgepinselt wurden. In 6 Pharynxfällen wurde der Befund innerhalb 2—7 Tagen nach Beginn der Behandlung negativ. In den 2 Nasenfällen war die Behandlung ergebnislos.

In allen bis auf 2 Fällen wurde eine leichte Form von Halsentzündung (sore throat) hervorgerufen, es folgte jedoch keine Complication. Ein 3 Monate altes Kind starb an Bronchopneumonie; es hatte congenitale Syphilis und Nasendiphtherie.

FINDER.

65) **Jewel Fay. Staphylococcusspray bei Diphtheriebacillenträgern. (Staphylococcus spray for diphteria carriers.)** *California state journ. of med. Mai 1913.*

1. Die Länge der Zeit, die nothwendig war, um die Diphtheriebacillen bei Anwendung des Sprays mit Staphylococcus aureus oder einem solchen mit verdünnten Antisepticis zum Verschwinden zu bringen, war derart, dass angenommen werden muss, es besteht kein ausgesprochener Antagonismus zwischen dem Diphtheriebacillus und der Art der angewandten Lösung. Verf. bedauert, keine Controlversuche mit Spray von physiologischer Kochsalzlösung gemacht zu haben, um bestimmen zu können, wie die Resultate bei einfacher mechanischer Reinigung mittels häufiger Sprays sind.

2. Es ergab sich beim Vergleich der Wirkung des Staphylococcussprays mit dem Controlspray ein leichter Vortheil bei ersterem.

3. Behandlung der Bacillenträger mittels Spray von Staphylokokken oder Antisepticis sollte noch einige Monate fortgesetzt werden, nachdem die letzte positive Cultur erzielt wurde.

EMIL MAYER.

c) Kehlkopf und Luftröhre.

66) **P. Heymann** (Berlin). **Einseitige Erkrankung der Stimmbänder.** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 517. 1913.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass eine einseitige Erkrankung der Stimmbänder nicht immer auf eine constitutionelle Ursache zurückzuführen ist, sondern auch bei acutem Katarrh sich hin und wieder vorfindet.

OPPIKOFER.

67) **Sir St. Clair Thomson. Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of the larynx.)** *Practitioner. Januar 1913.*

Kurzer Uebersichtsartikel über Symptome und Therapie.

A. J. WRIGHT.

68) **W. Sanderson. Kehlkopftuberculose. (Tuberculosis of the larynx.)** *Brit. med. journ. 5. April 1913.*

59jähriger Mann leidet seit 3 Jahren an Dysphagie. Als Verf. ihn zum ersten Mal sah, constatirte er das Vorhandensein einer breitbasigen Geschwulst, die von der Hinterfläche des rechten Aryknorpels entsprang und in den Hypopharynx hinabhing. Es bestand keine Ulceration. Die Geschwulst wurde mit der schneidenden Zange und Caustik entfernt, und sie erwies sich histologisch als ein Tuberculom. Innerhalb 5 Monaten Recidiv und Tod infolge Kachexie und Dysphagie nach einem Jahr.

A. J. WRIGHT.

69) **W. Lamberson. Die Frühdiagnose der Kehlkopftuberculose. (The early diagnosis of laryngeal tuberculosis.)** *New York med. journ. 19. Oct. 1912.*

Verf. weist auf die Richtigkeit der Kehlkopfuntersuchung in jedem Falle von

Lungenschwindsucht hin. Das erste Zeichen des Mitergriffenseins des Larynx pflegt nicht Anämie, sondern Hyperämie zu sein. EMIL MAYER.

70) **W. Kent Hughes. Infiltration der Kehlkopfschleimhaut. (Infiltration of laryngeal mucosa.)** *Australian medical journal. 29. März 1913.*

Verf. ist der Meinung, dass er in jedem Falle von Lungenschwindsucht Anzeichen im Kehlkopf entdecken könne, und zwar behauptet er, dass das stets vorhandene Zeichen eine Infiltration in der Interarytänoidgegend sei. Er ist auch der Ansicht, dass bisweilen primäre Infection des Kehlkopfs erfolge. A. J. BRADY.

71) **Collet** (Lyon). **Kehlkopftuberculose beim Kinde. (Tuberculose du larynx chez l'enfant.)** *Lyon médical. 27. October 1912.*

Die Kehlkopftuberculose beim Kinde ist sehr selten und bildet meist nur eine Episode der generalisirten tuberculösen Infection. Von den Symptomen ist besonders der Dysphonie und Dyspnoe Wichtigkeit beizulegen, welche im Gegensatz zu dem Verlauf beim Erwachsenen vorherrscht. Die Localisation im Larynx bleibt oft unbemerkt, obwohl die Untersuchung, besonders mit dem Escat'schen Spatel, stets möglich ist. Die Prognose wird vor Allem durch die Stenoseerscheinungen erschwert. Verf. giebt der Tracheotomie den Vorzug vor der Intubation.

GONTIER de la ROCHE.

72) **R. Pettit. Beginnende Kehlkopftuberculose. (Incipient tuberculosis of larynx.)** *New York medical journal. 18. Januar 1913.*

Verf. behauptet, 75—80 pCt. aller Fälle, in denen er submucöse Galvanokaustik anwandte, geheilt zu haben. Oberflächliche Geschwüre an der hinteren Larynxwand, und besonders solche an den Stimmbändern, sollten lieber mit Milchsäure behandelt werden, wenn das Geschwür aber auf der Oberfläche eines Tumors oder auf einem Infiltrat oder wenn Tumor oder Infiltrat oder Granulation ohne Geschwürsbildung besteht, so ist die Anwendung der Galvanokaustik indicirt. Die einzigen Gefahren der Methode bestehen in Auftreten von acutem Oedem und Perichondritis. Perichondritis und sonstige schwere reactiven Entzündungen können vermieden werden, wenn erstens der Cauter nicht zu heiss ist — Weissglühhitze ist gefährlich — und wenn ferner der Stich nicht zu tief gemacht wird und nicht mehr als 2 Stiche in einer Sitzung vorgenommen werden. Die unmittelbare Nachbarschaft des Cricoarytänoidgelenks soll respectirt werden; wird in die Kapsel dieses Gelenks eingedrungen, so kann eine sehr intensive Reaction mit Exfoliation der Aryknorpel die Folge sein. Die Operation ist von fraglichem Werth, wenn nicht contraindicirt bei schwachen, nervösen Individuen mit vorgeschrittener Lungenaffection oder bei schlecht genährten Personen mit daniederliegender Verdauung. Geringes intermittirendes Fieber ist keine Contraindication, bei continuirlichem oder septischem Fieber soll nicht operirt werden. Nach der Operation flüssige Diät, am besten Milch, Stimmruhe, und am ersten und zweiten Tage Insufflationen von Morphium und einem antiseptischen Pulver zu gleichen Theilen, nach einer Woche oder wenn der Schorf verschwunden ist, Instillation von Mentholöl; daneben darf natürlich die Allgemeinbehandlung nicht vernachlässigt werden. EMIL MAYER.

73) **Imhofer. Tuberculose und Diphtherie des Larynx.** Wissenschaftliche Gesellschaft deutscher Aerzte in Böhmen; Sitzung vom 25. October 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1912.*

Demonstration eines Larynxpräparates von gleichzeitiger Tuberculose und Diphtherie. HANSZEL.

74) **A. Blumenthal** (Berlin). **Ueber directe Sonnen- und Röntgenbestrahlung des tuberculösen Kehlkopfes.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 2. 1913.*

Die Versuche des Verf.'s, den tuberculösen Larynx nach Laryngofissur direct mit Sonnenstrahlen oder mit Röntgenstrahlen zu behandeln, hatten einen negativen Erfolg, so dass er an dem Werthe der directen Bestrahlung bei Larynxtuberculose zweifelt; er empfiehlt eine Behandlung per vias naturales, da die Laryngofissur unnatürliche, für den Kehlkopf ungünstige Verhältnisse bedinge.

W. SOBERNHEIM.

75) **Arthur D. Weil. Verknöcherung und nachfolgende Ausstossung beider Aryknorpel aus unbekannter Ursache. (Ossification and subsequent expulsion of both arytenoid cartilages; causes unknown.)** *The Larygoscope. Sept. 1912.*

Der pathologische Process scheint zuerst in einer Verknöcherung bestanden zu haben, begleitet von einer Perichondritis, mit nachfolgender Abstossung der verknöcherten Knorpel. In der Anamnese nichts von Syphilis; Wassermann negativ. Urinuntersuchung negativ. Keine Tuberculose. Röntgenaufnahme des Larynx ergiebt nichts Besonderes. Pat. starb einige Wochen, nachdem er aus der Beobachtung des Verf.'s gegangen war; über die Todesursache konnte Verf. nichts Bestimmtes in Erfahrung bringen, jedoch scheint ihm der Exitus in Folge Inanition erfolgt zu sein, da Pat. absolut keine Nahrung zu sich nehmen konnte. Verf. ist nicht im Stande, eine Erklärung für den Fall zu geben. EMIL MAYER.

76) **A. Iwanoff. Die Exstirpation des Aryknorpels bei Kehlkopfstenose.** *Zeitschrift f. Laryng. Bd. 5. S. 1067. 1913.*

Bei Medianstellung der unbeweglichen Stimmbänder empfiehlt Verf. zur Hebung der Stenose und der dadurch bedingten Athemnoth folgendes Verfahren: 1. In Narkose und bei hängendem Kopf Laryngofissur, 2. am eröffneten Kehlkopf Injection von 1proc. Cocain-Adrenalin und nun Schnitt in der Medianlinie durch die Schleimhaut der Hinterwand und zwar von der Mitte der Platte des Ringknorpels beginnend bis zur Incisura interarytaenoidea, 3. mit Raspatorium Ablösen der Weichtheile von den Arykorpeln, 4. Exstirpation des Aryknorpels, 5. Tamponade des Larynx und Einlegen einer Trachealcanüle.

Diese Operation wird bereits seit Langem von den Thierärzten bei Pferden ausgeführt, die an dem sogenannten Rohren leiden; die geräuschvolle und pfeifende Athmung solcher Pferde ist durch das Hineinfallen der Aryknorpel in das Kehlkopflumen in Folge der Lähmung des linken N. recurrens bedingt. Nur schälen die Thierärzte den Aryknorpel nicht, wie Verf., submucös heraus, sondern schneiden die den Aryknorpel deckenden Weichtheile ebenfalls weg.

Verf. hat das Verfahren der Exstirpation der Aryknorpel, das darauf ausgeht, die Bewegung der Stimmbänder wieder herzustellen, bis heute nur einmal beim Menschen ausgeführt und nur einseitig. Das des Aryknorpels entledigte Stimmband wurde allerdings wieder beweglich, büsste aber mit dem Verlust seines Stützpunktes auch sein Spannungsvermögen ein, so dass es bei der Inspiration an das andere nicht fixirte Stimmband angedrückt wurde. Deshalb nachträglich partielle Resection des schlotternden Stimmbandes. Endresultat befriedigend. Verf. erwartet nach seinem ersten Versuch, dass dann, wenn beide Aryknorpel exstirpirt werden, die Stimmritze derart erweitert werde, dass ein Ansaugen der Stimmbänder bei tiefem Einathmen nicht eintreten würde.

OPPIKOFER.

77) **Shige Koike** (Tokio). **Ueber die elastischen Systeme des Tracheobronchialbaumes.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 2. 1913.*

Die Eintheilung des elastischen Gewebes geschieht in 6 Systeme:

1. Das erste System besteht aus dicht unter der Basalmembran circulär verlaufenden, nicht constant vorkommenden elastischen Fasern.

2. Das zweite System besteht aus längs gerichteten, in gleichmässiger Dichte, aber in wechselnder Dicke im ganzen Umkreise angeordneten, elastischen Fasern.

3. Das dritte System, direct ausserhalb des zweiten, besteht aus circulär verlaufenden Fasern.

4. Das vierte System besteht aus längs und circulär verlaufenden, ausserhalb des Knorpelsystems liegenden Fasern.

5. Das fünfte System besteht aus Fasern, die das 3. und 4. System in Zusammenhang bringen.

6. Das sechste System besteht aus Fasern, die die Knorpelringe oder die Knorpelspangen des Tracheobronchialbaumes mit einander in Zusammenhang bringen.

Die näheren Details müssen im Original selbst nachgelesen werden.

W. SOBERNHEIM.

78) **Ciro Caldera** (Turin). **Experimentelle Chirurgie der Luftröhre.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 2. 1913.*

Verf. stellt durch Thierversuche fest, dass selbst die transversal alle Schichten des Organs durchdringenden Luftröhrenwunden keine Gefahr in sich schliessen, bei Vermeidung von Infection von aussen und sofortigem Aneinanderlegen der Wundränder. Ein isolirtes Stück Luftröhre ist im Stande, mittels Bindegewebes mit dem oberen und unteren Stumpf zu verwachsen; dieses Zusammenwachsen kann auch mit Organstücken stattfinden, die 2 Tage lang ausserhalb des Organismus geblieben sind.

W. SOBERNHEIM.

79) **C. Caldera. Experimentelle Chirurgie der Luftröhre. (Chirurgia sperimentale della trachea.)** *Arch. ital. d. otologia. 1913.*

Deckt sich inhaltlich mit der im vorhergehenden Referat besprochenen Arbeit.

FINDER.

80) **G. Cohn** (Königsberg i. Pr.). **Klinische Beiträge zur Aetiologie und Symptomatologie der intratrachealen Stenosen.** *Zeitschr. f. Laryng., Rhin. und ihre Grenzgebiete. Bd. 6. S. 35. 1913.*

Fall 1. Trachealstenose in Folge tertiärer Syphilis. Tracheotomie und Salvarsan wurden abgelehnt, Tod an Erstickung.

Fall 2. Sklerom der Trachea, Dilatation mit Schrötter'schen Kathetern. Bedeutende Besserung.

Fall 3. Intratracheale Stenose nach Canülengebrauch, erschwertes Decanulement. Im Anschluss an diese Beobachtung bespricht Verf. eingehend alle die verschiedenen Ursachen des erschwerten Decanulements und die Therapie.

OPPIKOFER.

81) **P. Rohmer** (Köln). **Zur Frage der Tracheotomia transversa.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. 1912.*

Verf. empfiehlt queren Hautschnitt, dagegen Längsschnitt der Trachea.

ZARNIKO.

82) **Keiner** (Strassburg i. E.). **Tracheotomia transversa bei Kindern.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 38. S. 1812. 1912.*

Verf. hat die Franck'sche Tracheotomia transversa technisch verbessert und rühmt als ihre Vortheile: klare Topographie, spontan breit klaffende Trachea, Heilung per primam, ideale Narbe, leichtes Decanulement, Wegfall späterer Störungen (Trachealstenosen).

ZARNIKO.

f) Schilddrüse.

83) **Breuer. Struma.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 4. April 1913. *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1913.*

24jähriger Patient mit eisenharter Struma, linksseitiger Recurrenslähmung, Verdrängung der Trachea nach rechts. Operation. Histologisch Malignität nicht nachweisbar.

O. CHIARI.

84) **Bardin** (St. Etienne). **Kropf mit Compressionserscheinungen beim Neugeborenen. (Goitre suffocant chez un nouveau-né.)** *Société des sciences médicales. 4. December 1912.*

Es handelte sich um einen Gefässkropf. Innerhalb 20 Tage nahm er drei Viertel an Umfang ab, so dass ein Eingriff nicht nöthig war. In den ersten Tagen jedoch wurde das Kind beim Liegen stets asphyktisch.

GONTIER DE LA ROCHE.

85) **Leriche** (Lyon). **Zwei Fälle von halbseitiger Thyreoidektomie wegen Basedow. (Deux cas d'hémithyroidectomie pour goitre exophtalmique.)** *Lyon médical. 6. April 1913.*

Beide Patientinnen waren tuberculös. Das Resultat war ausgezeichnet.

GONTIER DE LA ROCHE.

86) **Adolf Schnée** (Frankfurt a. M.). **Neues zur Therapie des Morbus Basedowii.** *Centralbl. f. innere Med. No. 19. 1913.*

Von der Combination von Antithyreoidin-Möbius mit Pankreon hat Verf. in einigen Fällen guten Erfolg gesehen. Die Kuren dauerten 6—8 Wochen, das Resultat war anhaltend. Theoretisch liegt die Vorstellung zu Grunde, dass die Störung der inneren Secretion der Schilddrüse mit pathologischen Veränderungen in anderen Drüsen mit ähnlicher Function einhergeht. W. SOBERNHEIM.

87) **Dumont** (Brüssel). **Forme fruste von Basedow'scher Krankheit. (Formes frustes de la maladie de Basedow.)** *La Policlinique. 19. März 1913.*

Zum ersten Fall bemerkt Verf., dass Hyperthyreoidie nicht immer unerlässlich zum Morbus Basedow gehöre, da histologische Veränderungen der Schilddrüse vorhanden sein können, ohne dass eine Volumenszunahme derselben vorliegt.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen hereditär belasteten jungen Mann; die Struma trat aber erst in Folge eines Falles auf, ausserdem war der Exophthalmus hier einseitig, was sehr selten ist.

Verf. empfiehlt den constanten Strom in Stärke von 10—15 Milliampière.

PARMENTIER.

g) Oesophagus.

88) **Carl Jacobs** (Berlin). **Ein Pulsionsdivertikel der Speiseröhre.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 21. 1912.*

Bericht über einen durch Sonde und Röntgendurchleuchtung diagnosticirten, von Rotter glücklich operirten Fall. Das Divertikel war 10 × 6 cm gross und mündete gestielt in der Höhe der Cartilago cricoidea an der Hinterfläche des Oesophagus. Bemerkungen über die Diagnostik und Prognose. Empfehlung der Radicalexstirpation, zunächst ohne Gastrostomie. ZARNIKO.

89) **F. Wester. Zur operativen Behandlung der Oesophagusdivertikel.** *Dissert. Bonn. 1911.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines 47 Jahre alten Patienten mit Oesophagusdivertikel; der Kranke konnte bereits 12 Tage nach der Extirpation des Sackes geheilt entlassen werden. Besprechung der Operationsmethoden.

OPPIKOFER.

90) **H. van Anrooy** (Rotterdam). **Oesophagusdivertikel.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 21. 1912.*

Die laryngoskopisch gefundene Füllung beider Sinus piriformes mit Schleim (v. Eicken, Wagner) zeigte den Weg zur richtigen Diagnose. v. GILSE.

91) **Heyrovsky** (Wien). **Casuistik und Therapie der idiopathischen Dilatation der Speiseröhre, Oesophagogastroanastomose.** *Archiv f. klin. Chir. Bd. 100. H. 3. 1913.*

Zwei Fälle, bei denen die Cardia narbig stark verengert war, wurden dadurch zur Heilung gebracht, dass nach Aufklappung des linken Rippenbogens der

Oesophagus ohne Eröffnung der Pleura stark nach unten in die Bauchhöhle gezogen und dann mit dem Magenfundus anastomosirt wurde.

SEIFERT.

92) **Krieg** (Stuttgart). **Ueber Fremdkörper in der Speiseröhre.** *Med. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 20. 1913.*

Im Anschluss an einen bemerkenswerthen Fall, wo bei einem 11monatigen Kinde mit Hülfe der Oesophagoskopie ein Stück Kohlenschlacke aus dem Oesophagus entfernt werden konnte, bespricht Krieg die Geschichte der Oesophagoskopie und deren heutigen Stand.

SEIFERT.

93) **Geo N. Biggs. Fall von Fremdkörper in der Speiseröhre. (A case of foreign body in the oesophagus.)** *Lancet. 29. März 1913.*

Ein Stück Kaninchenknochen ($2^1/_2$ cm lang) sass im Oesophagus $2^1/_2$ cm unterhalb des Ringknorpels fest. Bei Extractionsversuchen mittels einer Schlundsonde wurde der Fremdkörper in die hintere Rachenwand getrieben und von hier später mittels Oesophagoskop aus einer Abscesshöhle entfernt. Heilung.

A. J. WRIGHT.

94) **M. Königstein** (Warschau). **Oesophagotracheale Fistel und Recurrenslähmung in Folge eines Fremdkörpers im Oesophagus.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 522. 1913.*

Bei der 28 Jahre alten Frau war die Zahnprothese während $2^1/_2$ Jahren in der Speiseröhre liegen geblieben, ohne Schluckbeschwerden hervorzurufen; nur einseitige Recurrenslähmung. Erst am Ende des dritten Jahres Husten und Verschlucken. Tracheoskopie: auf der Höhe der Bifurcation an der hinteren Trachealwand Tumor, der bei Berühren mit der Sonde nach dem Oesophagus hin verschwindet. Oesophagoskopie: in 25 cm Tiefe Zahnplatte. Extraction derselben. Trotzdem Bestehenbleiben der Schluckbeschwerden. Exitus an Schluckpneumonie in Folge der Oesophagotrachealfistel.

OPPIKOFER.

95) **Kubo. Recurrenslähmung durch Oesophagusfremdkörper.** *Verhandlungen der Kiushu-Igakukwai. 1912.*

1. Fall. Eine 54jährige Bauersfrau verschluckte eine 3,2 cm breite Zahnprothese und wurde von einem Arzt im Dunkeln sondirt. Danach Fieber, Schmerzen und Anschwellung des Halses. Am 18. Tag wurde rechtsseitige Recurrenslähmung constatirt und am 19. der Fremdkörper ösophagoskopisch extrahirt. Die Wunde der Oesophaguswand war nachher glatt geheilt, aber die Lähmung blieb unverändert.

2. Fall. Ein 65jähriger Bauer klagte über Schmerzen oberhalb des Brustbeins auf der rechten Seite wegen des Steckenbleibens einer Fischgräte im Oesophagus. Am 4. Tage wurde mit dem Laryngoskop eine rechtsseitige Recurrenslähmung constatirt und am 5. der Fremdkörper ösophagoskopisch entfernt. Die Kante der 3,7 cm langen und 3,8 cm breiten Fischgräte stak in der rechten Oesophaguswand, was die Lähmung verursachte. Am 16. Tage nach der Extraction war die Lähmung fast geheilt.

Zu bemerken ist, dass die Lähmung die rechte Seite traf, weil die rechte Oesophaguswand wegen des Lageverhältnisses der Schädigung mehr ausgesetzt war und dass die Lähmung im zweiten Fall mit Posticuslähmung anfing und nach der Beseitigung des Fremdkörperdrucks verschwand. KUBO.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **H. Conradi. Vorarbeiten zur Bekämpfung der Diphtherie.** Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1913.

Das Werk umfasst 106 Seiten und verfolgt den Zweck, die Möglichkeiten der Diphtheriebekämpfung, speciell der Verhütung ihrer Weiterverbreitung klarzulegen. Als Grundlage für diese Studien dienen zunächst statistische Tabellen über das Vorkommen der Diphtherie speciell in Preussen, die beweisen, dass die Diphtherieerkrankungen in den letzten Jahren zunahmen, wenn auch die Todesfälle zurückgingen. An diese statistischen Erhebungen schliesst sich ein Capitel über den bakteriologischen Nachweis des Diphtheriebacillus an, in welchem besonders das Tellurverfahren als exakte Methode hervorgehoben wird. Ihm folgt eine Abhandlung über die Verbreitungsweise des Diphtherieerregers und der Diphtherie. Bei der Verbreitungsweise des Erregers werden 4 Typen unterschieden: 1. Die Schleuder- und Tröpfcheninfection. 2. Contactinfection. 3. Staub- und Luftinfection. 4. Nahrungsmittelinfection. Bei der Verbreitungsweise der Diphtherie wird im Besonderen auf die Gefährlichkeit der Bacillenträger hingewiesen, die in Hauptträger (Genesende) und Nebenträger (Immergesunde) eingetheilt werden. Das wichtigste Capitel bildet das letzte: über die Bekämpfung der Diphtherie. Hier werden zunächst die einzelnen Methoden eingehend besprochen: die antitoxische Bekämpfungsweise, die Heilerfolge der Serumbehandlung, die Misserfolge der präventiven Serumtherapie, die antiinfectiöse Bekämpfungsweise, die äussere und innere Desinfection u. a. All diese bisherigen Methoden konnten die Verbreitung der Diphtherie nicht verhindern, da sie nicht im Stande sind, den Diphtheriekeim im menschlichen Organismus abzutödten. Dagegen hofft der Verfasser auf chemischem Wege gegen die Diphtheriebacillen mehr ausrichten zu können, nachdem es ihm gelungen war, nachzuweisen, dass der Diphtheriebacillus gegen organische Säuren eine auffällig geringe Widerstandskraft besitzt und dass dabei die relative Giftigkeit der organischen Säuren für den Menschen eine geringe ist. Unter den geprüften Substanzen zeigte sich die Malonsäure als die geeignetste, die sich auch klinisch bei frischen Diphtheriefällen ausgezeichnet bewährte. Sie wurde in 1proc. Lösung in Form von Inhalationen und Gurgelungen bei 15 Patienten applicirt und war im Stande, die Keime in kurzer Zeit abzutödten.

Das Buch ist übersichtlich geschrieben und die Literatur gründlich verarbeitet. Es giebt eine klare Uebersicht über die Ausbreitung der Diphtherie, über die versuchten Wege ihrer Bekämpfung und die Möglichkeiten, gegen den Diphtheriekeim im menschlichen Körper am besten vorzugehen. Wenn sich die Hoffnung, die der Verfasser auf die Malonsäure setzt, erfüllen sollte, so wäre dies ein gewaltiger Fortschritt in der Bekämpfung der Diphtherie. Albrecht (Berlin).

---

b) XX. Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen zu Stuttgart.
Am 7. und 8. Mai 1913[1]).

Vorsitzender: Siebenmann-Basel.
Referat[2]), erstattet vom Schriftführer R. Hoffmann-Dresden.

Sitzung vom 7. Mai.

Oppikofer-Basel: Demonstration von in situ der Organe hergestellten Wachsausgüssen der Trachea und Hauptbronchien.

O. hat auf der letzten Tagung des Vereins Deutscher Laryngologen 125 Paraffinwachsausgüsse des Larynx und der Trachea vorgezeigt, um die grosse Variabilität von Kehlkopf und Luftröhre bei den beiden Geschlechtern, in verschiedenen Lebensaltern und bei verschiedenen Individuen zu demonstriren. Diese Ausgüsse durften aber bezüglich der Formanomalien keinen Anspruch auf Exactheit machen, da die Ausgussflüssigkeit erst an den aus der Leiche entfernten Halsorganen eingegossen worden war. Deshalb hat nun neuerdings O. das Wachsparaffin (zehn Theile Wachs, 2 Theile Paraffin, 1 Theil Colophonium) in situ der Organe mit Hülfe der bronchoskopischen Rohre eingegossen und jeweilen den erhaltenen Ausguss durch die vorausgehende obere Bronchoskopie controlirt. Diese in situ der Organe hergestellten exacteren Ausgüsse geben ein anschauliches Bild über die zahlreichen Formanomalien der Luftröhre bereits unter normalen und noch mehr unter pathologischen Verhältnissen. Namentlich finden sich bei dem Baseler Material, das reich an Strumen ist, häufig leichtere oder stärkere Verengerungen und Verbiegungen in der Gegend der Schilddrüse. Genau wiedergegeben wird nun an diesen Ausgüssen auch der Bifurcationswinkel, dessen Grösse bei den verschiedenen Individuen sehr schwankt. Eine grosse Variabilität zeigen auch die Durchmesser der Hauptbronchien. Demonstration der 80 Ausgüsse.

Discussion:

Killian-Berlin: Ich möchte den Herrn Vortragenden fragen, wie es sich mit den ganz weiten Luftröhren verhält, was die Todesursache war, ob Lungenleiden, Emphysem oder Asthma. Es wäre doch denkbar, dass durch häufige Hustenanfälle die Trachea erweitert wird.

Oppikofer-Basel: Ich hatte erwartet, dass bei den Fällen von Emphysem eine Erweiterung der Luftröhre stattfände und war sehr erstaunt, dass Erweiterungen der Luftröhre sich bei Emphysem in meiner Serie nicht häufiger finden als bei Individuen mit vollständig normaler Lunge. Hingegen möchte ich doch das Urtheil über diese sehr wichtige Frage von einer so kleinen Ausgussserie allein nicht abhängig machen.

Killian-Berlin: Zur Anwendung meiner bronchoskopischen Röhren für Kinder.

Die früher empfohlenen neuconstruirten bronchoskopischen Kinderröhren

---

1) Der ausführliche Bericht der Verhandlungen erscheint im Verlage von C. Kabitzsch-Würzburg.

2) Die Auszüge aus den Vorträgen sind sämmtlich Autoreferate.

haben sich in einer Reihe von Fällen bewährt. Nur in einem Fall, in welchem das Rohr 20 Minuten im Kehlkopf gelegen hatte, wurde am nächsten Tage eine leichte Reizung des subglottischen Raumes festgestellt. Es ergab sich nur die Nothwendigkeit, die Röhren um 2 cm zu verlängern. Auch wurden die seitlichen Löcher vermehrt und in einer Spiraltour um das Rohr angeordnet, damit keine Athemschwierigkeiten entstehen, wenn zufällig die Trachealwand einige Löcher zudeckt.

Discussion:

v. Eicken-Giessen hat in 3 Fällen die Killian'schen Röhren mit Erfolg benutzt, doch begrüsst er es als Verbesserung, dass die Röhren verlängert wurden. Manchmal sei das Manipuliren nicht genügend übersichtlich, weil die Röhren reichlich eng und klein seien.

Killian (Schlusswort): Bei den kleinen und engen Nummern der Röhren kann vielleicht noch etwas zugegeben werden, aber viel darf es sicher nicht sein, wenn man den natürlichen Verhältnissen entsprechen will.

Killian-Berlin: Der Schwebehaken in seiner neuesten Form.

Das von Albrecht gefundene verbesserte Aufhängeprincip und sein verlängerbarer Zungenspatel wurden von K. in etwas abgeänderter Form übernommen. Der neue Haken ähnelt dem früher angegebenen, hat jedoch ein verstellbares Gelenk, welches gestattet, den Aufhängepunkt senkrecht über das innere Ende des Zungenspatels oder noch eine Strecke darüber hinaus zu verlegen.

Der Bügel der Zahnplatte erhielt eine dem Gesicht sich besser anschmiegende Form. An der Zahnplatte blieb die verstellbare Leiste weg. Der Zungenspatel wurde so abgeändert, dass man zuerst nur bis zur Epiglottis vorgeht und den Pat. in Schwebe bringt. Danach wird der vorstehende Kehldeckel mit einem schmalen fixirbaren Spatel in die Höhe gehoben. Das neue Instrument scheint die Schwebelaryngoskopie, welche sich in zahlreichen Fällen durchaus bewährt hat, wesentlich zu erleichtern.

Killian-Berlin: Zur Diagnose des Kehlkopfcarcinoms.

Der Nachweis der Malignität einer Wucherung im Kehlkopf kann grosse Schwierigkeiten bereiten. Klinische Beobachtung und mikroskopischer Befund stehen oft im krassen Gegensatz. K. schildert einen Fall, in welchem im Verlaufe von einigen Wochen 5 Probeexcisionen von typischen Stellen einer Wucherung des linken Taschenbandes vorgenommen wurden, die Anfangs nur pachydermische Veränderungen, später ein anscheinend gutartiges Epithelioma proliferum erkennen liessen.

Da die klinische Beobachtung von Anfang an für Malignität sprach, wurde die Laryngektomie gemacht. Auch am Präparat präsentirte sich die Wucherung makroskopisch durchaus als Carcinom. Ein aus der Randpartie entnommenes Stück zeigte jedoch keine malignen Eigenschaften. Erst die mikroskopische Untersuchung der Basis des Tumors gab einen schwachen Hinweis auf Malignität.

Discussion:

Hoffmann-Dresden berichtet über eine ähnliche Erfahrung bei einem Carcinom der Mandel.

Preysing-Cöln: Ich wollte mir zu der Larynxdemonstration nur die Bemerkung erlauben, dass derartige Vorkommnisse, wonach die anatomische Untersuchung auch beim dritten und vierten Male kein sicheres Resultat giebt, eigentlich zu den alltäglichen Erscheinungen gehören.

Thost-Hamburg: Der normale und kranke Kehlkopf des Lebenden im Röntgenbild.

Vortragender hat zuerst vor 2 Jahren auf dem Röntgencongress eine Reihe Röntgenbilder von normalen und kranken Kehlköpfen vorgeführt. Er hat seitdem mehr als 600 Aufnahmen von normalen und pathologischen Kehlköpfen gemacht. Dabei fand er, dass die meisten pathologischen Processe sich im Röntgenbild in charakteristischer Form darstellen lassen. In erster Linie die Veränderungen an den Knorpeln, aber auch an den Weichtheilen, wenn durch eine besondere Aufnahmetechnik dieselben zur Darstellung gebracht werden. Sehr interessant und wichtig sind auch die Aufnahmen der Halswirbelsäule, die im Röntgenbild oft stärkere, oft sehr kleine Veränderungen zeigt, die Beschwerden mit aller Sicherheit erklären, welche man bisher durch Nervosität erklären zu müssen glaubte.

Bei den einzelnen Erkrankungsformen zeigt zunächst die Tuberculose charakteristische Bilder entsprechend der durch mikroskopische und chemische Untersuchungen längst bekannten Knorpelveränderung bei Tuberculose (Schottelius, Bergeat). Bei Tuberculose wird die Verknöcherung der Knorpel ersetzt durch eine feine diffuse Kalkeinlagerung. Dementsprechend geben die Schatten der Knorpel einen eigenthümlich matten Ton. Auch Infiltrationen der Weichtheile sieht man im Röntgenbild und darunter die Veränderungen der Knorpel an Stellen, wo der Larynx im Spiegelbild noch keine Veränderungen zeigt.

Bei Carcinom sieht man den neugebildeten Tumor als Schatten, am Knorpel die Stellen, wo Krebsnester sich bildeten, als helle Körner. So entsteht namentlich beim Krebs des Sinus pyriformis eine ganz charakteristische gekörnte Figur. Wenn Tumormassen den Einblick in den Larynx unmöglich machen, giebt das Röntgenbild darüber sicheren Aufschluss. Beim Lupus zeigt das Röntgenbild die Zerstörung am Knorpel, namentlich der Epiglottis. Weiche Krebse, die den Knorpel zerstört haben, geben matte Bilder, die den Tuberculosebildern ähneln. Bei einem Fall von Schleimhautpemphigus zeigte das Röntgenbild, dass dieser seltene Process sich nicht auf die Schleimhaut beschränkt, sondern auch auf den Knorpel übergeht. Bei acuten Perichondritisfällen sieht man im Röntgenbild die Ausdehnung der Infiltration. Bei Stenosefällen zeigt das Skiagramm deutlich Knorpelschwund und Knorpel- resp. Knochenneubildung. Auch gichtische Infiltration des Cricoarytänoidgelenks liess sich nachweisen. Die Ergebnisse der Untersuchungen des Vortragenden werden in einem demnächst erscheinenden Ergänzungsband 31 der Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen veröffentlicht.

Vortragender zeigt dann eine Reihe charakteristischer Bilder der verschiedenen Erkrankungsformen am Projectionsapparat.

Discussion:

Réthi-Budapest: Wenn die anatomischen Verhältnisse normal sind, giebt

die laterale Aufnahme vorzügliche Bilder, wenn aber die normalen Conturen verwischt sind, muss die sagittale Aufnahme zur Ergänzung des Befundes herangezogen werten. Réthi erörtert des Näheren die bei der sagittalen Aufnahme von ihm befolgte Technik.

Sitzung vom 8. Mai.

Brüggemann-Giessen: Zur Behandlung des erschwerten Décanulements.

Vortragender hat eine Bolzencanüle construirt, bei der der Bolzen in der Trachea auf der Canüle derart aufsitzt, dass die Hinterwand des Bolzens und der Canüle eine gerade Fläche bildet und kein Spalt mehr zwischen beiden sich findet, in den Granulationen wuchern können. Die Canüle besitzt ein Reinigungsrohr und kann deshalb mit dem Bolzen beliebig lange in der Trachea liegen bleiben. Die Bolzen können in verschiedener Stärke bei derselben Canüle zur Verwendung kommen, sodass dadurch wie bei den Thost'schen Bolzen eine Dehnung der Trachea bzw. des Larynx möglich wird. Um die Trachea auch in der Höhe der Tracheotomiewunde zu dehnen, wurde die Canülenwand selbst seitlich verstärkt. Mit dieser Bolzencanüle wurden bis jetzt 3 Kinder im Alter von 3—7 Jahren behandelt, die auswärts vor 1—3 Jahren tracheotomirt waren, und bei denen sämmtlich die Crico- bzw. Thyreotomie gemacht war, also ganz besonders schwierige Verhältnisse vorlagen. Alle Behandlungsmethoden waren bisher erfolglos geblieben. Am weitesten kam man noch mit den Thost'schen Bolzen, doch bildete sich hier bei allen drei immer ein Granulationssporn zwischen Bolzen und Canüle, der trotz Abtragungen und Aetzungen nicht zu entfernen war, und der das Décanulement unmöglich machte. Mit der Bolzencanüle schwand der Granulationssporn sofort. Es gelang hierdurch das Décanulement bei einem der Kinder, das schon drei Jahre lang die Canüle trug und davon zwei Jahre in Behandlung stand. Das zweite Kind trägt jetzt noch die Bolzencanüle; auch hier ist der Granulationssporn vollständig verschwunden, doch ist eine weitere Dehnung der Trachea noch erforderlich. Es ist aber zu hoffen, dass in kurzer Zeit auch dieses Kind endlich geheilt wird. Das dritte Kind trägt noch die kleinste Bolzennummer und steht erst am Beginn der Behandlung, sodass hier über die Prognose vorläufig nichts zu sagen ist.

Discussion:

Thost-Hamburg: Das wirksame Princip bei der Behandlung der Stenose ist der Druck. Deswegen sind schwere solide Bolzen nothwendig, ausserdem aber eine medicamentöse Behandlung des Granulationsgewebes, um es in Narbengewebe zu verwandeln, denn dieses lässt sich dehnen, ersteres nicht. Für eine wirksame Nachbehandlung ist ein reichliches Instrumentarium erforderlich: ausser einer Reihe von Bolzen auch die entsprechenden Canülen.

Marschik-Wien: Mir erscheint die Einführung der Brüggemann'schen Canüle, wo der Bolzentheil nicht nur rechtwinklige, sondern spitzwinklige Ausladungen hat, noch viel schwieriger als der Chiari'schen Schornsteincanüle. Meines Erachtens sollte man nach den in Wien gemachten Erfahrungen entweder

bei der letzteren mit ihren rechtwinkligen Theilen bleiben oder aber man nimmt die ursprünglich Thost'sche Form der Bolzen.

Preysing-Cöln schliesst sich im Wesentlichen den beiden Vorrednern an. Wegen der in jedem einzelnen Fall verschiedenen Verhältnisse benutzt er Bleiröhren, die nach wiederholtem Einführen als Modell für das definitive Instrument dienen.

Denker-Halle berichtet über seine Beobachtungen mit den Thost'schen Instrumenten bei einem sehr schweren Fall von erschwertem Décanulement. Die Einführung mit denselben war in diesem Falle gut, doch hebt D. hervor, dass man sich in hierher gehörigen Fällen nicht auf ein bestimmtes Instrument versteifen soll.

Schmithuisen-Aachen findet in Uebereinstimmung mit den Vorrednern die Brüggemann'sche Canüle etwas complicirt und verbreitet sich des Näheren über sein eigenes Verfahren.

Kümmel-Heidelberg kann noch nicht recht daran glauben, dass das Brüggemann'sche Instrument eigentlich das Instrument für die Behandlung der Trachealstenosen sei, so erfreulich das wäre. Ihm haben sich am besten unporöse Gummicanülen bewährt.

Killian-Berlin: Jeder Bolzen reizt die Schleimhaut, er macht auch Druckulcerationen. Ich empfehle deshalb leicht nachgiebige Röhren — Gummiröhren — zu benutzen, das dem Fall entsprechende Caliber auszuwählen und die Röhren passend zu fixiren.

Schmiegelow-Kopenhagen schiebt ein Drainrohr durch die Stenose und fixirt dies durch Silberdraht, der von Seite zu Seite durchgestochen wird. Das Drainrohr kann man ein bis vier Monate liegen lassen. In den schwierigsten Fällen trat dadurch Heilung ein.

Werner-Mannheim ist bei der Behandlung von Stenosen im Anfange wohl mit den Thost'schen Bolzen ausgekommen, nicht aber im Abgewöhnungsstadium. Hier lässt er mit Verzicht auf die untere Canüle nur eine leichte obere, aus Silber tragen. Zum Ausführen derselben lässt er einen Mandrin einlegen.

v. Eicken-Giessen: Wir haben in den Fällen, über die Herr Brüggemann berichtet hat, vorher die anderen Methoden versucht, sind aber in diesen schwierigen Fällen — es handelte sich theilweise um Larynxfissuren — erst mit diesen Canülen zu Stande gekommen.

Hölscher-Berlin.

Brüggemann (Schlusswort) bestätigt und ergänzt im einzelnen die Ausführungen v. Eicken's.

Blumenfeld-Wiesbaden: Demonstration eines endothoracalen Tumors.

B. demonstrirt das Präparat eines von Heile-Wiesbaden operirten endothoracalen Tumors, der eine sehr erhebliche Stenose der Trachea bedingte. Es gelang mit dem Verschieberohr des Brünings'schen Bronchoskops die verengte Stelle, die im unteren Drittel der Luftröhre sass, leicht zu passiren, sodass das

Rohr in die Bronchien gelangen konnte; der Tumor, dessen Röntgenbild vorgezeigt wird, erwies sich dabei als sehr leicht verschieblich, woraus auf Gutartigkeit geschlossen wurde. Die Operation ergab eine durchaus endothoracal sitzende Struma. Der Fall erläutert die Bedeutung der Tracheo-Bronchoskopie für die Diagnose endothoracaler Tumoren.

Discussion:

Marschik-Wien: Ich möchte nur berichten, dass ich vor einigen Wochen auf der Klinik Chiari einen ähnlichen Fall von intrathoracalem Tumor bronchoskopirt und ösophagoskopirt habe. Mir ist aufgefallen, dass die eigenthümliche Verschieblichkeit des Tumors durch die Wand der Trachea und des Oesophagus hindurch geradezu als Symptom der Benignität aufgefasst werden kann.

Hölscher-Berlin berichtet über eigene Erfahrungen mit der Operation tief sitzender Strumen.

Preysing-Cöln: Beiträge zur Operation der Hypophyse.

Während im Auslande Tumoren der Hypophyse schon in einer Reihe von Fällen operirt sind, haben derartige Operationen bei den deutschen Rhinologen auffallenderweise noch gar keine Würdigung und Nacheiferung gefunden und doch ist hier ein Gebiet segensreichster Arbeit für die Rhinologie zu erschliessen. Vortragender geht auf die bisher von ausländischen Chirurgen geübte Methode (in Deutschland nur einmal von Carri) der Nasen-„Aufklappung" ein (Schloffersche Methode) und auf die rein endonasale Methode von Hirsch-Wien und schildert dann den von ihm selbst bisher in 4 Fällen eingeschlagenen Weg. Pr. erreicht die Hypophyse nicht nach Schloffer oder Hirsch, sondern durch den Mund, nach temporärer Resection des harten Gaumens und empfiehlt diese Methode für bestimmte Fälle von Hypophysengeschwülsten auf das Angelegentlichste, da sie nach seiner Meinung eine breitere Uebersicht und grössere Nähe des Operationsgefildes schafft als die bisher geübten Operationswege.

Discussion:

Denker-Halle: Die Mängel des Operationsverfahrens von Hirsch bestehen darin, dass man in einem sehr engen Raum auf grosse Entfernungen hin meisseln und operiren soll. Ihm scheint es wenigstens nach Versuchen an der Leiche empfehlenswerth, die Hypophysentumoren permaxillär anzugreifen. Wenn man nicht nur die laterale Nasenwand, sondern auch einen grossen Theil der hinteren Nasenscheidewand wegnehme, erhalte man einen guten und weiten Einblick.

Kümmel-Heidelberg berichtet über seine eigenen Erfahrungen bei einem 7jährigen Kinde mit dickem Keilbeinkörper und einer Keilbeinhöhle mit ganz minimalen Dimensionen und erörtert die Schwierigkeiten der Operation in einem solchen Fall.

Spiess-Frankfurt a. M. befürwortet gegenüber der grösseren Preysingschen und den anderen chirurgischen Operationen die Hirsch'sche Methode. Man solle überhaupt nur Hypophysentumoren eröffnen, wenn die Hinterwand vorgewölbt und verdünnt ist, sodass sie eingeschlagen werden kann. Bei enorm

grossen Hypophysentumoren sind aber wohl die Preysing'sche und die übrigen grösseren chirurgischen Methoden besser als die von Hirsch.

Hinsberg-Breslau ist für die Operation von aussen. Er hält es für bedenklich, das Operationsgebiet auch nur temporär mit der Mundhöhle in Verbindung zu bringen.

Kahler-Freiburg i. Br. hebt zunächst hervor, wie werthvoll eine gute Röntgenaufnahme für die Feststellung der Dicke der Keilbeinhöhlenwand sei. Er empfiehlt sehr warm eine Methode Chiari's: Excidirung am Processus nasofrontalis, Ausräumung der einen Siebbeinhälfte, Eröffnung der Keilbeinhöhle, des Septums der Keilbeinhöhlenwand und des hinteren Theils des nasalen Septums.

Finder-Berlin: Wenn man eine Cyste vor sich hat, soll man endonasal vorgehen, bei solidem Tumor von aussen. Leider ist die Diagnose zwischen beiden sehr schwierig.

West-Berlin schneidet durch den hinteren Theil des Nasenseptums ein Fenster heraus. Nur Cysten sollen eröffnet, grosse Tumoren soll man überhaupt nicht entfernen, sondern nur die Schädelbasis eröffnen, dass der Tumor in die Nase wachsen kann. Die Methode durch den Gaumen sei nach seiner Ansicht gefährlich.

Thost-Hamburg fragt, ob bei der Degeneratio adiposa congenitalis sich Tumoren fänden. Er selbst sah in solchen Fällen nur eine schlechte Entwicklung der Schädelbasis speciell der Sella turcica.

Preysing (Schlusswort) sah in den beiden Fällen von Fröhlich'scher Adipositas recht grosse Tumoren der Hypophyse. Für diese sei sein Vorgehen das einzig richtige. Das Verfahren Denker's hält er, des seitlichen Eingehens wegen, für gefährlich. Das Röntgenbild schützt nicht immer vor Irrthümern, doch sei es nicht zu entbehren.

Marx-Heidelberg: Ueber Feststellung der Ursache von Schlingbeschwerden.

M. berichtet über Schlingbeschwerden als einziges Symptom bei Zwerchfellsveränderungen. Demonstration an Röntgenbildern.

Ephraim-Breslau: Zur Theorie des Bronchialasthma.

Die jetzt übliche Auffassung des Bronchialasthma als Neurose ist unbegründet und bedeutet weder in diagnostischer noch in therapeutischer Hinsicht einen Fortschritt. Die Grundlage der Krankheit (Astkmadisposition) besteht vielmehr in einer dauernden Erkrankung der Bronchialschleimhaut, die sich auch in den anscheinend freien Intervallen nachweisen lässt. Die Betheiligung des autonomen Nervensystems ist als secundär anzusehen; sein Einfluss hat wie alle übrigen den Anfall hervorrufenden Factoren nur eine accidentelle, auslösende Bedeutung.

Discussion:

Killian-Berlin: Nach meiner Erfahrung giebt es eine Art von Asthma, die rein vorübergehend ist, unzweifelhaft von der Nase ausgeht und reflectorisch von

da aus erregt wird. Es giebt aber auch eine Art, die vom ganzen Vagusgebiet ausgeht, weil die Schleimhaut hyperästhetisch wird. Das kann für den Rachen, Kehlkopf, namentlich auch für die bronchiale Schleimhaut gelten. Wir haben auch gemischte Formen. Auch bei anscheinend wirklich nasalen Fällen kann die Bronchialschleimhaut hyperästhetisch sein. Das ergiebt sich aus dem Verlauf der Behandlung, wenn man diese an den beiden Punkten durchführt.

Spiess-Frankfurt a. M. hat in Fällen von nasaler Therapie Erfolge gehabt, wo es nicht gelingt, durch Sondenreizung den Reflexpunkt ausfindig zu machen. Der Erfolg der endobronchialen Therapie Ephraim's spricht noch nicht dagegen, dass es sich doch in solchen Fällen um nasale Asthmaformen handle. Der Reflex verläuft im Vagus und wenn wir an irgend einem Punkte zwischen Nase und Lunge einen von den Vagusästen anästhesiren könnten, so ist er fest überzeugt, dass wir auch das Asthma aufheben könnten. Es empfiehlt sich auch auf die nervöse Disposition zu achten, namentlich sind nervöse Erkrankungen der Haut bei Patienten beobachtet worden, die später an Asthma erkrankt sind.

Blumenfeld-Wiesbaden: Durch die Theorie Ephraim's wird der Tiefstand des Zwerchfells beim bronchialen Asthma nicht erklärt. Diesen Tiefstand findet man bei starken Bronchitiden keineswegs. Der asthmatische Anfall zeigt sich als Complexerscheinung, als Erscheinung, die die gesammte Athmungsmusculatur betrifft.

Ephraim (Schlusswort): Der Tiefstand des Zwerchfells ist eine Folge der Veränderungen der kleinen Bronchien und hat mit der Theorie des Asthmas, so weit sie hier berührt worden ist, nichts zu thun. Die Unterbrechung des Reizes im Vagus durch Cocain etc. kann nur für den Fall Geltung haben, dass die Wirkung im Anfalle stattfindet. Thatsache aber ist, dass auch, wenn man einen Asthmatiker ausserhalb des Anfalles bronchial verletzt, er dann für längere Zeit von Anfällen verschont bleibt.

Der Zusammenhang von Hautkrankheiten mit Asthma ist bekannt. Ob das rhinogene Asthma auch bei bronchial gesunden Menschen vorkommt, lässt sich meiner Ansicht nach nicht entscheiden. Es ist aber möglich, dass die endobronchiale Behandlung des Asthmas hierüber Aufschluss giebt. Das rhinogene Asthma an sich ist durchaus nicht zu bestreiten.

Spiess-Frankfurt a. M.: Bericht über positiven Wassermann bei malignen Geschwülsten.

Die Absicht des Antragstellers (s. Verhandlungen des Vereins 1912) zu einer Sammelforschung ist daran gescheitert, dass nur ein einziger Fall (Trautmann) ausser den beiden Fällen von Spiess zur Verfügung stand. Im Trautmannschen Falle dürfte es sich um das gleichzeitige Bestehen von Lues und eines Kehlkopfcarcinoms handeln. Die beiden anderen Fälle sind Tumoren des Kehlkopfs (Carcinom) und der Mandelgegend (Sarkom), bei denen Lues mit grösster Wahrscheinlichkeit auszuschliessen waren. Verlauf und Behandlung der Fälle ergeben, dass man sich auf einen positiven Wassermann nicht allein verlassen darf, dass man in erster Linie der klinischen Diagnose folgen soll und auch durch mi-

kroskopische Untersuchung eines durch Probeexcision entnommenen Stückchens die Diagnose zu stellen bestrebt sein soll.

Discussion:

Neuberger-Frankfurt a. M.

Marschik-Wien: In drei an der Klinik Chiari beobachteten Fällen von Lues und malignem Geschwür war der Wassermann positiv.

Mann-Dresden hat in zwei Fällen von Sarkom positiven Wassermann gefunden.

Brüggemann-Giessen hat 28 Fälle von malignen Tumoren auf Wassermann untersucht und fand ihn immer negativ. Es kann sein, dass in vivo sich gar keine Zeichen von Lues nachweisen lassen, während die Section solche aufdeckt, dadurch wird dann der positive Wassermann erklärt.

Spiess (Schlusswort): Man soll sich durch den positiven Wassermann in der Diagnose nicht beeinflussen lassen.

Kahler - Freiburg i. Br.: Säbelscheidentrachea und Lungenemphysem.

Bei einem Emphysematiker mit starkem exspiratorischen Stridor ergab die tracheoskopische Untersuchung eine sehr beträchtliche säbelscheidenförmige Verengerung, bei der Röntgenuntersuchung zeigte sich kein Tumor und keine Struma, die die Stenose erklären konnten. Mit Rücksicht auf anatomisch pathologische Befunde Ghon's, der häufig bei Emphysem Säbelscheidentrachea fand, wurden Fälle von Emphysem der Lunge tracheoskopisch untersucht. Unter 30 Fällen fand K. fünfmal sehr erhebliche Stenosen der Luftröhre, hauptsächlich im oberen Antheil, in manchen Fällen auch stärkere Vorwölbungen entsprechend der Anlagerung der Aorta. In anderen Fällen wurden nur leichtere Abflachungen, häufig der rechten Wand, gefunden, bei forcirter Exspiration (Hustenstössen) jedoch deutliche Vorwölbung der seitlichen Partien der Luftröhre. Einer der tracheoskopisch untersuchten Fälle kam zur Section und lässt sich zur Erklärung der Trachealdeformität heranziehen. Die Trachea wird durch die vergrösserte Lunge zusammengedrückt; man sah, dass die abgeflachten Wandpartien der Trachea den angelagerten stark vergrösserten Lungenspitzen entsprechen; durch die vergrösserte Lunge wird auch die Aorta medialwärts gedrängt und die Aortenimpression an der Trachea deutlicher. Strumen als Ursachen der Stenosen wurden stets ausgeschlossen. Auffallend war, dass in allen Fällen mit beträchtlicher Stenose der Kehlkopf sehr tief stand, Ringknorpel im Jugulum zu tasten, dies erklärt die Localisation der Stenose schon in den oberen Trachealabschnitten. K. ist der Ansicht, dass die Säbelscheidentrachea dadurch entsteht, dass bei den häufigen Hustenstössen durch die forcirte Exspiration die cranialen Lungenpartien von den sich zusammenziehenden caudalen aufgebläht werden und so auf die Luftröhre drücken. Ebenso wie man bei Emphysematikern Vorwölbungen in den oberen Intercostalräumen und der Supraclaviculargegend sieht, kann man durch das Tracheoskop die durch die Lunge entstehende Vorwölbung der Trachealwand beobachten. Erhebliche bleibende Stenosen dürften nur

bei ganz schweren Emphysemfällen entstehen. Zwei Trachealausgüsse von Emphysem-Säbelscheidentrachea werden demonstrirt. Ob eine Degeneration der Trachealknorpel, wie sie von Beneke als Ursache der Säbelscheidentrachea bei Emphysem angenommen wurde, Vorbedingung für die Entstehung der Deformität ist, müssen erst weitere anatomische Untersuchungen zeigen, ebenso ob die constatirten Veränderungen vielleicht identisch sind mit der Simmonds'schen Alterssäbelscheidentrachea.

Discussion:

Marschik-Wien: M. H.! Wir haben zu der Zeit, als Herr Kahler durch seine Berufung nach Freiburg die Klinik verliess, die Untersuchungen an unserem Material, welches ja zum grossen Theil strumafrei war, fortgesetzt und können die Befunde im Wesentlichen bestätigen. In einer Reihe von Fällen fehlt jedoch die tracheale Compression beim Emphysem.

Kahler (Schlusswort): Dass es Emphyseme giebt, wo diese Compression nicht zu Stande kommt, lässt sich sehr einfach erklären. Wenn die Trachealknorpel sehr stark verknöchern, so wird der Druck des Emphysems auf das Lumen keinen Einfluss haben. Ich glaube, dass die Degeneration der Trachealknorpel ein wichtiges ätiologisches Moment ist.

Solger-Breslau: Beitrag zur Kenntniss der histologischen Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Tuberculose der oberen Luftwege.

Bei der für den Rhinologen und Laryngologen so wichtigen Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Tuberculose der oberen Luftwege spielt die histologische Untersuchung der Probeexcision eine grosse Rolle; dabei lassen uns nun die Merkmale für diese oder jene Gewebsveränderung häufig im Stich.

Es wurden von mir eine Reihe von Probeexcisionen, die einerseits aus sicherer Syphilis und andrerseits aus sicherer Tuberculose der oberen Luftwege stammten, histologisch untersucht, wobei ich — durch Hinsberg dazu angeregt — mein Hauptaugenmerk auf die Gefässveränderungen richtete.

Bei Anwendung der Weigert'schen Elasticafärbung fanden sich bei zwei Drittel der Syphilisfälle und bei einem Tuberculosefall neben normalen Arterien völlig oder zum grössten Theil obliterirte Gefässe, die als solche nur noch durch den elastischen Faserring erkennbar waren. In der Breslauer Universitäts-Ohren-Nasen- und Kehlkopfklinik ist bisher bei allen den Fällen, bei denen sich dieses Bild obliterirter Gefässe zeigte, die Diagnose Syphilis durch den Ausfall der Wassermann'schen Serumreaction oder durch den Erfolg der antiluetischen Therapie bestätigt worden.

Discussion:

Streit-Königsberg ist besonders bei dem ersten der Bilder, die der Vortragende zeigte, nicht sehr überzeugt, dass es sich um Lues handelt, er hält vielmehr Tuberculose für vorliegend.

Hinsberg-Breslau: Ich möchte zu dem ersten Fall bemerken, dass der Wassermann sicher positiv und das klinische Bild auch absolut sicher war. Eine

derartige Heilung eines solchen Ulcus — es war ein Ulcus, das die ganze Rachenhöhle einnahm und bis in den Larynx hineinging — habe ich auf Jodkali, wenn es sich um Tuberculose handeln sollte, niemals gesehen.

Siebenmann-Basel: Ich möchte nur betonen, dass zu dem wirklichen Bilde der Tuberculose doch eigentlich das Knötchen gehört. Wo dieses fehlt, da können wir die Diagnose nicht mit absoluter Sicherheit stellen.

Denker-Halle: Demonstration von Instrumenten zur Intercricothyreotomie.

D. demonstrirt das von ihm angegebene Instrumentarium zur Ausführung der Intercricothyreotomie; es besteht aus 4 zweischneidigen Messern mit Sicherheitsvorrichtung, um eine Verletzung der hinteren Kehlkopfwand zu verhindern und aus 4 mit Obturator ausgerüsteten Laryngotrachealcanülen. Die Grösse der Messer und Canülen wurde dem verschiedenen Lebensalter entsprechend durch Untersuchungen an 50 Leichen festgestellt. Das Instrumentarium hat sich D. in vivo mehrfach sehr gut bewährt.

Bezüglich des Gebrauches der Instrumente sei auf die Publication D.'s in der Deutschen med. Wochenschr., 1913, No. 1 und in der Medicinischen Klinik, 1913, No. 1, verwiesen.

Albanus-Hamburg: Demonstration zur Kaltkaustik in den oberen Luftwegen.

Der Vortragende erörtert die physikalisch-biologischen Grundlagen der Wirkung der Kaltkaustik auf das Gewebe, speciell der Schleimhaut der oberen Luftwege, und zeigt entsprechende Bilder. Vorführung eines geeigneten Instrumentariums und der besonderen Technik. In ca. 300 Einzelbehandlungen mit Kaltkaustik machte der Vortragende sehr gute Erfahrungen bei Tuberculose und Lupus der oberen Luftwege, auch bei einigen malignen Tumoren. Ganz Vorzügliches leistet die Kaltkaustik bei tuberculösen Geschwüren der oberen Luftwege, besonders im Rachen und im Kehlkopf. (Vorführung farbiger Diapositive.)

Discussion:

Spiess-Frankfurt a. M.: Die Kaltkaustik bewährt sich als Ersatz der Tiefenkaustik im Kehlkopf sehr gut. Nur dauert die Heilung etwas lange. Auch gelingt es nicht immer, mit der Kaltkaustik während und nach der Operation Schmerzlosigkeit zu erzielen, auch der Nachschmerz ist stärker. Ihm hat sich die Methode besonders in einem Falle von inoperablem Kehlkopfcarcinom sehr bewährt.

Siebenmann-Basel sah bei der Operation der Larynxtuberculose keine Vortheile gegenüber anderen Apparaten, die wir für die Galvanokaustik besitzen.

Albanus (Schlusswort). Erörtert kurz die Technik, wie man Nachtheile vermeiden könne.

Gutzmann-Berlin: Ein einfaches Instrument zur Registrirung der Kehlkopfbewegungen und zur therapeutischen Verwendung bei Stimmstörungen.

Vortragender zeigt eine eigenartig construirte luftdichte, federnde Pelotte, deren Bewegungen pneumatisch auf die gebräuchlichen Registrirvorrichtungen

übertragen werden. Der wesentliche Vorzug dieser Aufnahmekapsel besteht darin, dass sie keinerlei Gummimembrane bedarf und demnach stets gebrauchsfähig bleibt. Durch Combination zweier solcher Aufnahmekapseln resp. Aufnahmepelotten kann man sowohl die vertikalen wie die sagittalen Bewegungen des Larynx registriren und zwar in Folge des überaus geringen Gewichts der Pelotte sowie einer neuen einfachen Befestigung derselben an einer Art von leichtem Brillengestell ohne jede Belästigung des zu Untersuchenden. Gleichzeitig können die Pelotten zur Uebertragung von Vibrationen u. s. w. auf den Larynx, z. B. bei der Behandlung der Phonasthenie, benutzt werden. — Vortr. weist darauf hin, dass das neue Princip seiner luftdichten, federnden Kapseln mit Leichtigkeit suf sämmtliche graphischen Methoden übertragen werden kann, z. B. zur Herstellung von Schreibkapseln, Pneumographen u. s. w.

Discussion.

Katzenstein-Berlin begrüsst den Apparat des Herrn Gutzmann als einen wesentlichen Fortschritt.

J. Katzenstein-Berlin: Neue Methode der directen Untersuchung des Kehlkopfes.

Vortragender liess sich vor längerer Zeit von Herrn Edmund Meyer des Oefteren ein bei der Bronchoskopie gebräuchliches gerades starres Rohr in den Kehlkopf einführen. Nachdem das Rohr in seinem Kehlkopf lag, wurde von ihm der Stimmlippenton bei Ausschaltung des Ansatzrohres erzeugt und mit einem nach Martens im physiologischen Institut gebauten Instrument photographirt. Auf die Ergebnisse dieser theoretischen Untersuchung geht Vortragender nicht ein; nach Abschluss derselben begann er, die Arbeit der Stimmlippen bei Ausschaltung des Ansatzrohres während der Phonation und Athmung klinisch in vielen Fällen zu beobachten. Er führte hierbei zunächst auch gerade starre, bei der Killian-schen Bronchoskopie gebräuchliche Rohre in den Kehlkopf der Patienten ein, ging aber bald dazu über, wie das vor ihm schon Ingals und de Cigna gethan hatten, durch eine biegsame Spiralröhre, die unter Leitung des Kehlkopfspiegels wie eine Kehlkopfsonde eingeführt wurde, eine starre Röhre vorzuschieben. Spiralröhre und starre Röhre wurden an sich deckenden Stellen mit grossen Löchern versehen, um die Athmung der Patienten zu erleichtern. Am äusseren oberen Ende der Spiralröhre wurden je zwei kleine gekrümmte Haken angebracht, von denen wagerecht und nach unten verlaufend je zwei Bindfäden oder Kettchen an zwei parallel verlaufenden Eisenstangen befestigt wurden. Diese parallelen Eisenstangen liefen auf einer dazu senkrechten Führungsstange, die wie eine Kopfstütze an dem kleinen Albrecht'schen Stuhl befestigt wurden. Das so angebundene Rohr liegt, ohne dass es mit den Händen gehalten wird, in dem Kehlkopf der untersuchten Person.

Gleichzeitig mit diesen Versuchen nahm Vortr. Versuche auf, die er fast unmittelbar nach der Entdeckung der Autoskopie durch Kirstein begonnen hatte. Es sollten dabei an ein Whitehead'sches Speculum Autoskopiespatel angebracht werden, die in den Kehlkopf eingeführt werden sollten. Diese Versuche schei-

terten. Die betreffenden Modelle sind leider bei dem Umzuge der Firma Pfau verloren gegangen. Bei der jetzigen Fortführung der Versuche, die zu einem guten Ende führten, hat derselbe Techniker der Firma Pfau, der früher die Versuche mitmachte, den Apparat nach den Angaben des Vortr. so ausgebaut: Ein Whitehead'sches Speculum wird bei etwas hintenübergebeugtem Kopf des sitzenden Patienten zwischen die beiden Zahnreihen eingeführt und geöffnet. Ein gekrümmter, an seinen unteren Enden mit röhrenförmigen Spiralen versehener Spatel wird unter Leitung des Kehlkopfspiegels in den Kehlkopf eingeführt. Nach Entfernung des mandrinartigen in dem ersten liegenden zweiten Spatels steht der im Kehlkopf liegende Spiralspatel gerade. In ihm wird ein kurzes starres Rohr eingeführt und der Spiralspatel an einer schmalen Platte, die am oberen Reifen des Whitehead angebracht ist, fest angeschraubt: er liegt dann, ohne dass er gehalten wird, selbstthätig fest. Das Kehlkopfinnere ist mit dem gewöhnlichen Reflektor oder dem Brünings'schen Beleuchtungsapparat zu überblicken, es sind Eingriffe in ihm und den Bronchien gut ausführbar.

Liegt der Patient auf dem Rücken, wobei sein gestützter Kopf über den Rand des Operationstisches nach unten hängt, so wird der Spiralspatel ebenfalls unter Leitung des Kehlkopfspiegels in den Kehlkopf eingeführt und genau so befestigt, wie wenn der Patient sitzt.

Ein zweites Modell ist so gebaut, dass an Stelle des Spiralröhrenspatels ein Scharniergelenkspatel durch eine an seinem oberen Ende angebrachte Schraube gedreht wird. Die Einführung und Befestigung dieses Spatels ist beim Sitzen und Liegen des Patienten genau so wie bei dem ersten Modell. (Demonstration des Apparates und von Photographien von Patienten, die den Apparat im Sitzen und Liegen tragen.)

Die Patienten wurden bisher nur cocainisirt, erhielten kein Scopolamin.

Ueber Versuche, bei denen gerade Spatel durch ein Mundspeculum in den Kehlkopf eingeführt werden, soll demnächst berichtet werden.

Vortr. spricht zum Schluss die Hoffnung aus, dass die directe Untersuchungsmethode der oberen Luftwege und der Speiseröhre mittelst dieser vereinfachten Methode in den einschlägigen Fällen auch von Nichtspecialisten häufiger angewendet werden möge, als das bisher der Fall war.

J. Katzenstein-Berlin: Apparat zur Compression des Kehlkopfs.

Der Apparat ist in zwei Modellen (Pfau) construirt. Bei dem ersten Modell wird ein Metallreifen um den Kopf, ein zweiter flacher Metallreifen auf die Schultern gelegt. Zwischen beiden Reifen werden auf jeder Seite 3 Metallstangen fest angelegt. Vor je 3 Stangen und die entgegengesetzte Halsseite wird ein breites Band gelegt, das mit einer Pelotte auf den Schildknorpel drückt. Bei der beiderseitigen Anlegung bleibt die vordere Halspartie frei, jede venöse Stauung wird vermieden, es entsteht nur die seitliche Compression des Kehlkopfs.

Bei dem zweiten Modell blieb der Kopfreifen fort, dagegen wurden auf dem Schulterreifen auf jeder Seite je 3 kurze umgebogene Metallstangen angebracht. Die Lage der Bänder ist genau so wie bei dem ersten Modell.

An Stelle der Pelotten können auch breite Elektroden angebracht werden, sodass zu gleicher Zeit comprimirt und elektrisirt werden kann.

J. Katzenstein-Berlin: Zeitmessung bei Klangcurvenaufnahmen.

An dem Martens'schen Apparat wurde eine Stimmgabel von 100 Schwingungen pro Secunde angebracht. Die Schwingungen der Stimmgabel werden zu gleicher Zeit mit der Klangcurve aufgenommen.

Discussion:

Gutzmann-Berlin betont die Wichtigkeit der Zeitmessung in Bezug auf die Phonationsaufnahme.

Brünings-Jena: Ich glaube, dass in der Methode von Katzenstein ebenso wie in der Paraffinmethode ein gewisser Factor, der auf Uebung zurückzuführen ist, enthalten ist.

Pollatschek-Budapest: Die elektrochemolytische Behandlung der Kehlkopftuberculose.

Obzwar die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose in letzerer Zeit grosse Fortschritte gemacht hat, werden sich trotzdem noch immer Fälle vorfinden, bei denen man nicht gründlich chirurgisch vorgehen können wird, und in welchen man doch im Interesse des Patienten etwas thun muss. Pfannenstill und seine Schüler erzielten durch Wirkung von Jod in statu nascendi auf tuberculöse Processe der oberen Luftwege gute Resultate, doch ist bei diesem Verfahren wegen Einführen des H_2O_2 durch Inhalation die Wirkung nicht immer sicher und nur auf die Oberfläche localisirt. Axel Reyn verwendet bei Hautlupus das elektrolytische Verfahren, indem er, neben Eingabe von Jod per os, den positiven Pol in Form einer Nadel ins kranke Gewebe sticht.

Dasselbe Verfahren verwende ich bei Kehlkopftuberculose. Meine Resultate beziehen sich auf Fälle, die radical inoperabel sind, oder nach Operationen recidivirten. Das sehr befriedigende Erfolge aufweisende Verfahren, das für den Patienten überhaupt nicht lästig ist, kann ich zur weiteren Sachprüfung empfehlen.

Im Vortrage wird das Verfahren näher geschildert, Krankengeschichten von behandelten Fällen.

Killian-Berlin: Ueber Recurrenslähmungen bei Mitralstenosen.

Der Vortragende erklärt an Projectionsbildern die topographischen Beziehungen des linken Vorhofes zum Nervus recurrens. Beide liegen so weit von einander ab, dass der bei Mitralstenosen sich erweiternde linke Vorhof den um den Aortenbogen sich schlingenden Nerven nirgends erreichen kann. Stets liegt die Arteria pulmonalis zwischen dem linken Vorhof und dem Aortenbogen. Die Lähmungen sind wohl meist durch secundäre Vorgänge bedingt, durch Lymphdrüsen oder pericarditische Veränderungen. Weitere genaue autoptische Untersuchungen sind sehr erwünscht.

Discussion: Kahler-Freiburg.

Brünings-Jena: Ueber ein Universal-Laryngoskop.

Apparat zur Demonstration des Kehlkopfes (und Trommelfells) an 9 gleichzeitige Beobachter in einfacher bis dreifacher Vergrösserung; zur monocularen und stereoskopischen Fernrohrbeobachtung; zur Laryngostroboskopie und Demonstration.

Katzenstein-Berlin: Nur eine ganz kurze Bemerkung. Ich habe seit langer Zeit das Bestreben gehabt, den Kehlkopf und das äussere Bild zu projiciren, die Versuche aber sind alle gescheitert. Was die Bemerkung Brünings' anlangt über Behandlung der Recurrenslähmung mit Compression, so gebe ich zu, dass die Uebung stets viel ausmacht. Das gesunde Stimmband geht zunächst garnicht über die Mittellinie hinüber. Comprimirt man aber andauernd und lässt Uebungen machen, so kommt allmählich das gesunde an das kranke heran. Was die Paraffininjectionen anlangt, so führen Paraffininjectionen noch nach Jahren zu sehr üblen Nachspielen.

Killian-Berlin: M. H.! Sowohl Brünings wie Katzenstein haben angegeben, dass bei Projectionsversuchen des Kehlkopfes nichts herauskommt. Ich möchte darauf hinweisen, dass ich schon vor 15, 20 Jahren den Kehlkopf mit einem ganz brauchbaren Apparat projicirt habe und dass wir sehr schöne Bilder erhielten.

Kahler-Freiburg i. Br. bestätigt, dass es nicht der Vorhof direct ist, der die Compression macht, sondern der durch den Vorhof gehobene Bronchus. Ein so missgebildeter Bronchus wird durch die Vergrösserung des Vorhofs gerade an der Stelle gegen die Aorta gedrückt, wo der Recurrens dieselbe umgreift. Störck, der ganz einwandsfreie Untersuchungen hierüber angestellt hat, resecirte den Recurrens an dieser Stelle und hat bei histologischen Untersuchungen immer ganz deutliche Schädigungen des Nerven gefunden. Gelegentlich können auch Drüsen einen Druck ausüben. Uebrigens sah ich beim Ausgleich der Compensationsstörung die Recurrenslähmung zurückgehen.

Hölscher-Berlin erhebt einige Bedenken gegen die Verwendung der Paraffininjectionen im Kehlkopf. Nach seiner Erfahrung lassen sich auf anderen Wegen bei Recurrenslähmung gute Resultate erzielen.

Albrecht-Berlin: Die Bedeutung der Schwebelaryngoskopie für das Kindesalter, speciell für die Behandlung der Papillome.

Der Vortrag schildert zunächst die Technik der Schwebelaryngoskopie mit besonderer Berücksichtigung der Vorteile und Schattenseiten, die in dem Verfahren liegen. Die klinische Verwendung erstreckt sich auf zwei Fälle stenosirender Tuberculose und 9 Fälle von Kehlkopfpapillomen. Von diesen letzteren sind drei nach einmaligem Operiren recidivfrei geblieben; von den 6 anderen sind 2 noch in Behandlung, die 4 restirenden Fälle erforderten häufiges Eingehen (2—4 Mal), sind jedoch jetzt frei von Papillomen. Die Heilung dieser 4 letzten Fälle besteht einmal seit 10, zweimal seit 7 und einmal seit 4 Monaten.

Discussion:

Brieger-Breslau betont die diagnostischen und therapeutischen Vortheile, welche die Schwebelaryngoskopie bietet.

Katzenstein-Berlin berichtet über seine Erfahrungen mit der Schwebelaryngoskopie bei der Behandlung von 2 Papillom- und 3 Knötchenfällen im Larynx.

Hölscher-Berlin: In 50 Fällen, wo ich die Schwebelaryngoskogie verwandte, führte dieselbe bis auf einen immer zum Ziele.

Mann-Dresden berichtet über 3 Fälle von Larynxpapillomen, mittelst Schwebelaryngoskopie behandelt. Zwei sind seit Jahresfrist geheilt, der dritte, der besonders Schwierigkeiten wegen des Sitzes des Papilloms bietet (vordere Commissur), ist noch in Behandlung.

Albrecht (Schlusswort) hebt hervor, dass die betreffenden Kinder alle vorher mit Arsenik und Jodkali behandelt sind, aber bei den ausgedehnten Papillomen kein Erfolg davon gesehen worden ist. Zur Nachbehandlung verwandten wir auch immer Arsenik und Jodkali, und die haben sich dabei ganz ausgezeichnet bewährt.

Hölscher-Berlin-Charlottenburg: Complicationen bei Heilung eines Falles von Totalexstirpation des Kehlkopfes und des Pharynx wegen Carcinom.

In Folge der Ernährungsstörungen durch die ausgedehnte Narbenbildung traten nach der Plastik Nekrosen am Rand der Hautlappen ein, wodurch in der neugebildeten Speiseröhre eine Oeffnung von etwa 8 mm Durchmesser entstand. Auch durch 2 Nachoperationen gelang es nicht, diese Oeffnung zu schliessen. H. liess dann einen Doppelknopf aus Weichgummi anfertigen, der die Oeffnung vollständig dicht verschloss, so dass die Patientin jetzt schlucken und sich auf normalem Wege ernähren, sowie auch mit Pharynxstimme sprechen kann.

Nach dem Füttern, welches die Patientin immer selbst besorgte, vergass sie einmal die Fixirungsklemme an den Nasenschlauch zu legen. In Folge einer unwillkürlichen Schluckbewegung rutschte der Schlauch hinunter und verschwand im Magen. Eine Röntgenaufnahme zeigte, dass er entlang der grossen Curvatur im Magen liegt. Die Patientin beherbergt diesen eigenartigen Fremdkörper jetzt seit 4 Monaten, ohne dass er ihr die geringsten Beschwerden gemacht hätte.

Discussion:

Preysing-Cöln berichtet über seine Erfahrungen und seine Technik bei ungefähr 17 Kehlkopfexstirpationen. Er hebt noch hervor, dass in der Literatur zu wenig Unterschied zwischen endo- und ectolaryngealem Carcinom gemacht wird. Zwischen beiden besteht in bezug auf die Erfolge doch ein fundamentaler Unterschied.

Marschik-Wien: Auf der Klinik Chiari ist die Gluck'sche Methode seit 2—3 Jahren eingeführt. Man hat dort 40 Fälle damit operirt. Der Redner geht des Näheren auf die Technik in Wien ein und erörtert die in Frage kommenden Einzelheiten.

Hölscher (Schlusswort) geht nochmals kurz auf die von ihm geübte Technik ein.

Réthi-Budapest: Ueber die Dysphagie bei der Kehlkopftuberculose. (Vorläufige Mittheilung.)

Wenn wir einen längeren Druck auf die Schmerzpunkte, d. h. auf die Eintrittsstelle des oberen Kehlkopfsnerven ausüben, so kann der Kranke für kürzere Zeit ohne Schmerzen gut schlucken. Das fiel dem Vortragenden auf, und er dachte daran, die Dysphagie mit einem ähnlichen Verfahren zu beeinflussen. Er liess aus diesem Grunde bei der Firma Caray (Budapest) eine geeignete Pelotte machen. An die Spitze eines bogenartig gekrümmten Dreieckes ist ein Kautschukknopf angebracht; von da aus steigt ein Haken nach vorn. An der Basis des Dreieckes ist eine mit einer Schnalle versehene Schnüre applicirt. Die Application der Pelotte wird so ausgeführt, dass wir die Schmerzpunkte aufsuchen, und beiderseits die Kautschukknöpfe an dieser Stelle fixiren, während der Assistent die Schnüre am Nacken anschnallt. Das Hakenpaar wird mit einem Gummifaden zusammengebunden, wodurch ein nach Belieben grosser tonischer Druck auf die Schmerzpunkte ausgeübt wird. Die bisherigen Resultate waren ausreichend. Weitere Untersuchungen sind an einem grösseren Krankenmaterial im Gange.

von Gyergyai-Klausenburg (Ungarn): Weitere Erfahrungen mit meiner Methode zur directen Besichtigung des Nasenrachens und dessen directes Photographiren.

Verfasser referirt kurz über die Erfahrungen, die er während der letzten drei Jahre mit seiner Methode zur directen Untersuchung des Nasenrachenraums gemacht hat.

Verf. hat seine Methode vielfach verbessert und vereinfacht: 1. Die Untersuchung geschieht in sitzender Stellung, was für den Patienten weniger unangenehm ist, und wobei das Gesichtsfeld durch Speichel, oder bei Eingriffen durch Blut garnicht oder kaum störend beeinflusst wird. 2. Die Seitenwände der Untersuchungsröhre besitzen an 2 Stellen Ausschnitte, wodurch das Gesichtsfeld grösser erscheint und zur Beleuchtung ein Stirnreflector vollkommen ausreicht. 3. Das Hervorziehen des weichen Gaumens bei Einführung der Untersuchungsröhre geschieht jetzt mit einem verhältnissmässig kurzen Haken, was weniger reizend und weniger unangenehm empfunden wird als der Finger und wobei schwaches Cocainisiren genügt. Die Untersuchung ist so einfach geworden, dass Gyergyai dieselbe in seiner Sprechstunde sehr oft ganz allein ohne jedwede Hilfe ausführt. Keiner seiner Patienten hatte nennenswerthe Beschwerden nach der Untersuchung, höchstens ein geringes unangenehmes Gefühl kommt ab und zu beim Schlucken vor nach der ersten Untersuchung, dauert jedoch bloss ein paar Stunden. Die Methode giebt zwar auch bei der Untersuchung von den Recessen, der Rosenmüller'schen Grube, der Fossa supratubana und dem Tubeninnern ein sehr gutes Bild, lässt aber ihren Hauptvortheil besonders bei Eingriffen erkennen, wobei sie ein exactes Operiren an den genannten Stellen ermöglicht. Verf. referirt über das Verfahren bei solchen Operationen, die er in einer Anzahl solcher Fälle ausführte. Verf. demonstrirt einen Dilatator für die Rosenmüller'sche Grube, mittelst dessen die Grube er-

weitert, Verwachsungen derselben gelöst und dadurch katarrhalische Entzündungen des Nasenrachenraums gut beeinflusst werden können. Verf. demonstrirt auch einen Apparat für die directe Photographie des Nasenrachenraums, der Ohrtrompete und des Kehlkopfes und mehrere damit an Lebenden angefertigte Aufnahmen.

Goerke-Breslau: Zur Tonsillektomie-Frage.

Vortragender erörtert Indicationen und Contraindicationen zur Mandelausschälung bei Erwachsenen und Kindern, insbesondere in Beziehung zur Function der Tonsillen.. Resultate der Tonsillektomie.

Discussion:

Mann-Dresden betont gegenüber dem Vortragenden, dass in einer ganzen Reihe von Krankheiten die Tonsillen als Ausgangspunkt anzusehen seien, insbesondere sei dies der Fall bei Sepsis, Rheumatismus usw. Auch sei es nicht absolut von der Hand zu weisen, dass das runde Magengeschwür durch chronische Tonsilleneiterung entstehen könne. Jedenfalls soll man streng kritisch prüfen, was für Erfolge man mit der Tonsillektomie erziele und nicht die Frage ins Lächerliche ziehen. Voraussetzung für einen Erfolg sei eine einwandfreie Technik. Bei Kindern ist die Indication zur Tonsillektomie recht selten.

Finder-Berlin kann sich der principiellen Ablehnung der Tonsillektomie bei Kindern, wie sie der Vortragende ausgesprochen hat, nicht anschliessen. Er hat vielmehr in mehreren Fällen recht gute Erfolge hiervon gesehen. Auch sei es nicht erwiesen, dass durch die Tonsillektomie bei Kindern üble Folgen durch den Functionsausfall auftreten. Recidive seien nicht möglich, wenn die Tonsillen lege artis entfernt seien.

E. Hopmann-Cöln: Möchte gegenüber Kollegen Mann betonen, dass, auch wenn die Tonsille tadellos exstirpirt sei, sich doch aus Zunge, Mandel und den Strängen hinter den hinteren Bögen wieder Hypertrophien entwickeln können, wenigstens bei Kindern. Auch sei bei Kindern sehr viel öfter, als gewöhnlich angenommen wird, die Tonsillektomie am Platze. Die Indication hierzu zu stellen, sei eigentlich Aufgabe des das Kind immer behandelnden Hausarztes. Auch muss man nicht nur die Gaumentonsillen, sondern den ganzen lymphatischen Rachenring entfernen, insbesondere auch an den Choanen sitzende Reste. Ausserdem ist auf die Allgemeinbehandlung der lymphatischen exsudativen Diathese in jedem Falle Gewicht zu legen.

Brieger-Breslau: Wenn man in einem Falle kryptogenetischer Sepsis einen Tonsillenabscess findet, so sei erst der Beweis dafür zu bringen, dass ersterer mit letzterem zusammenhängt. So sei es auch bei einer Unzahl anderer Krankheiten der Fall. Die Recidive haben nicht im Mindesten etwas mit der Technik zu thun, vielmehr hängen sie von anderen Faktoren ab, exsudative Kinder bekommen sie an allen möglichen Stellen des lymphatischen Rachenrings.

Goerke (Schlusswort): Ich wollte in meinen Ausführungen hauptsächlich dagegen Front machen, die Gaumenmandel als ein dem Körper schädliches, ja überflüssiges Organ anzusehen, das man in jedem Falle entfernen muss. Man darf nicht bei gleichzeitigem Vorhandensein einer Tonsillitis und einer anderen Krank-

heit den Zusammenhang künstlich construiren. Ein Recidiv ist auch nach vollständiger Enucleation möglich. Auch bei Kindern kann die Tonsillektomie angezeigt sein.

Rudolf Panse-Dresden: Ein Nasenansatz für Saugbehandlung.

Eine durchbohrte Olive für das Nasenloch ist an ein Glasrohr angeblasen, das durch das eine Loch eines Gummistopfens bis nahe an den Boden eines (Adrenalin-)Fläschchens reicht. Ein zweites geknicktes Rohr endet durch ein weites Loch dicht unter dem Gummistopfen und wird in den Schlauch des Saugballons gesteckt. So wird dessen Verunreinigung verhütet, da das Secret sich in der Flasche fängt.

Rudolph Panse-Dresden: Zur Behandlung von Verwachsungen des Gaumens mit der Rachenwand.

Um dem Narbenzug der Verwachsungen elastisch entgegenzuwirken, sind die zwei Enden eines Fadens, durch die Nasenlöcher gesteckt, durch das scharf erweiterte Gaumenloch in den Mund gezogen und an den Backzähnen befestigt. Ein zwischen Filtrum und Faden geklemmtes Gummistück, das der Kranke wegnehmen kann, wenn er unter Menschen geht, spannt jenen.

Discussion.

Werner-Mannheim bedient sich statt des Fadens eines kleinen dünnen Gummidrainrohrs.

Siebenmann-Basel erinnert an die Methode von Eickens, zur Behandlung von Verwachsungen mit Epidermis überzogene Tampons zu verwenden.

Réthi-Budapest schildert ausführlich sein eigenes Vorgehen.

Streit-Königsberg lässt die Patienten sich mittelst eines von ihm angegebenen Instruments selbst behandeln.

Boeninghaus-Breslau benutzt ebenfalls ein Instrument, das er dem Patienten in die Hand giebt.

Kümmel-Heidelberg: Tödtliche Meningitis durch Verletzung der Schädelbasis bei einer intranasalen Abtragung der mittleren Muschel.

K. zeigt das Präparat der Schädelbasis und Photogramm vom Gehirn seines Patienten, der von auswärts wegen Stirnhöhleneiterung mit intracranialen Symptomen zugewiesen war. Ausgesprochene Meningitis, in der Nase kein Eiter nachweisbar. Bei Eröffnung der Stirnhöhle fand sich nichts, sodass alsbald Verdacht auf Infection des Schädelinnern von anderer Stelle her auftrat. Die Autopsie ergab, dass in der Gegend der Lam. cribrosa ein Knochendefect und ein Duraeinriss bestand, der allem Anschein nach durch ein Conchotom verursacht war. Mit einem solchen war offenbar die Abtragung von polypoid degenerirten Muschel- und Siebbeintheilen vorgenommen worden. Im unmittelbaren Anschluss an diese Verletzung ist die tödtliche Meningitis entstanden.

Manasse - Strassburg i. E.: Demonstration eines Gehirns mit ungewöhnlich starken Veränderungen nach acuter Sinusitis frontalis.

M. demonstrirt das Gehirn eines 10jährigen Kindes, bei welchem sich nach einer acuten Influenzasinusitis in ganz kurzer Zeit eine schwere intracranielle Complication entwickelt hatte. Zunächst ein Abscess im linken Stirnlappen, dann ein Abscess im linken Temporallappen und ein intrameningealer Abscess am linken Occipitallappen. Alle diese Complicationen wurden schon bei Lebzeiten gefunden und operirt in der Weise, dass fast die ganze linke Hemisphäre von vorn nach hinten durchtrainirt wurde. Exitus an Meningitis 70 Tage nach der ersten Operation.

Streit-Königsberg: Zur vergleichenden Bakteriologie der Nase und des Mundes.

Die Mundrachenhöhle enthält stets eine reichliche Bakterienflora; doch ist dieselbe, was die Verschiedenheit der einzelnen vorkommenden Bakterienarten betrifft, im Allgemeinen nicht sehr mannigfaltig. Es prävaliren durchaus die Streptokokken; dieselben sind fast regelmässige Bewohner der Mundrachenhöhle. Nur in ziemlich seltenen Fällen können die Streptokokken scheinbar durch besondere Bakterien, die dann gewöhnlich in Reincultur nachgewiesen werden, überwuchert werden. Hämolytische Streptokokken finden sich im normalen Rachen etwa in 30 pCt. der Fälle. Bei Angina nimmt der Procentsatz colossal zu, sodass man bei dieser letzteren Erkrankung in über 90 pCt. der Fälle hämolytische Streptokokken in der Mundrachenhöhle nachweisen kann. Die Bakterienflora ist keineswegs an sämmtlichen Stellen des Mundes die gleiche. Die normale Nase ist relativ häufig steril, in einem grossen Procentsatz der Fälle findet man nur ganz spärliche Bakterien in derselben; und nur in etwa 25—30 pCt. kann man reichliche Bakterien aus der normalen Nase züchten. Die Bakterienflora beider Nasenseiten ist durchaus nicht immer identisch. Relativ am häufigsten kommt eine bestimmte Bakterienart zwar in beiden Nasenseiten vor, daneben kann man jedoch in der einen oder der anderen Nasenhälfte noch andere Species feststellen. Seltener sind die Fälle, bei denen die Bakterienflora der einen Nasenseite gänzlich von der anderen Seite differirt.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse beim Vergleich der bakteriologischen Flora des Mundes und der Nase. Etwa ebenso häufig sind diejenigen Fälle, bei welchen die Bakterienflora des Mundes und der Nase völlig verschieden ist von denen, bei welchen in Mund und Nase durchaus die gleichen Bakterien vorkommen. Am häufigsten jedoch kommen Bakterienarten der Nase neben anderen Species auch im Munde vor und umgekehrt.

Bisweilen lässt sich eine Beeinflussung der Flora der Nase durch die des Mundes und umgekehrt eine Beeinflussung der Bakterienflora des Mundes durch die der Nase nachweisen. Häufig ist eine derartige gegenseitige Beeinflussung wahrscheinlich.

Hinsberg - Breslau hat drei Todesfälle nach intranasaler Siebbeinausräumung erlebt in etwa 10 Jahren. Eine histologische Untersuchung konnte nicht statt-

finden, wahrscheinlich ist die Infection längs der Olfactoriusscheide gegangen. Eine Infection nach der Operation liegt umsomehr im Bereiche der Möglichkeit, als nach Streit nach derselben in der Nase vorhandene Bakterien virulenter werden.

Werner-Mannheim weist auf die Gefahren hin, wenn man nach intranasalen Operationen tamponirt und frägt Herrn Kümmel, ob in seinem Falle tamponirt worden ist.

Brieger-Breslau: Ob man tamponirt oder nicht, ist ganz gleichgültig. Mehr Gewicht ist darauf zu legen, dass man Nachoperationen nicht früher in der Nase machen soll, bis die Folgen der ersten Operation verschwunden sind.

Rosenberg-Lübeck: In den zwei Fällen von Hinsberg, die ohne Verletzung der Dura zum Exitus führten, war in dem einen Falle tamponirt worden, in dem anderen nicht.

Kümmel (Schlusswort): Ich kann nicht angeben, ob tamponirt worden ist oder nicht. Ich halte es aber für richtig, so wenig wie möglich zu tamponiren. Bei der Siebbeinoperation kann man von der Schädelbasis nicht weit genug wegbleiben; wenn keine schweren Erscheinungen vorhanden sind, mehr mit der Schlinge arbeiten, Conchotome sind, so gut wie sie sind, doch gefährlich.

Streit (Schlusswort): Es ist gewiss, dass durch die Tamponade die Infectionsgefahr erhöht wird, aber leider kommt man ohne dieselbe bei grossen räumlichen Entfernungen — in grossen Städten — nicht aus.

A. Hartmann-Heidenheim: Demonstration einer direct erwärmbaren Nasendusche.

Die Nasendusche besteht aus einem Glasbehälter, an dessen oberem Ende seitlich an einem kurzen Rohr eine Olive angebracht ist, auf der gegenüberliegenden Aussenseite befindet sich eine Oeffnung, in welche vermittelst eines Korks ein Thermometer eingesteckt werden kann. Durch diese Oeffnung wird das zur Nasenspülung erforderliche Wasser eingegossen und die Zusätze eingeschüttet. Die Erwärmung findet entweder auf elektrischem Wege mit einem den Behälter umschliessenden Stangerotherm oder über einer Spiritusflamme statt. Die Erwärmung erfordert in beiden Fällen kaum 5 Minuten. Das Elektrotherm kann wohl bei einer Stromstärke von 110 Volt, aber auch bei einer solchen von 220 Volt Spannung benutzt werden. Bei der Verwendung wird die Olive in eine Nasenöffnung gesteckt, die seitliche Oeffnung mit einem Finger verschlossen. Nach Abheben des Fingers fliesst die Flüssigkeit in die Nase.

Polyák-Budapest: Ueber die Technik der intranasalen Dakryocystotomie.

Nach Excision eines viereckigen Schleimhaut-Periostlappens im Vorhofe des mittleren Nasenganges meisselt Verfasser in localer Anästhesie den Thränennasengang auf, ohne vorher die Thränenkanälchen zu spalten und ohne Einführung einer Sonde von oben. Der eröffnete Thränennasenkanal wird von der Wundöffnung aus mit der Sonde, welche leicht bis in den Sack geführt werden kann, untersucht. Ist eine Stenose im obersten Theil des Kanals oder eine eitrige Entzündung

des Thränensacks vorhanden, dann wird der Sack von der nasalen Wunde aus mit Verfassers demonstrirten Knochenstanzen weit eröffnet und die nasale Wand des Sacks abgetragen. Der viereckige Schleimhaut-Periostlappen wird im Anfange der Operation ganz entfernt, da die Belassung desselben sich in einigen Fällen als unvortheilhaft erwiesen hat.

Discussion:

West-Berlin betont gegenüber Polyák, dass nächst Strazza er zuerst die Eröffnung des Thränensacks von der Nase aus ausgeführt habe.

J. M. West-Berlin: Ueber die Eröffnung des Thränensacks von der Nase aus in Fällen von Dakryostenose.

Mit einigen Bemerkungen über die Geschichte der Behandlung der Dakryostenose macht Vortragender aufmerksam, dass in den letzten 25 Jahren die Therapie dieser Krankheit keine wesentlichen Fortschritte gemacht hat. Er erwähnt die vereinzelten verschiedenen Versuche, die bis jetzt gemacht worden sind, um dieses Problem zu lösen, und macht besonders aufmerksam, dass alle diese bisherigen Versuche in keiner Weise die Behandlung der Dakryostenose beeinflusst haben. Abgesehen von dem Toti'schen Verfahren, welches durch einen äusseren Hautschnitt ausgeführt wird und mit einer Narbe und einem ab und zu darin entstehenden Keloid zur Heilung von nur ungefähr 50 pCt. der Kranken führt, besteht die Behandlung der Dakryostenose heute noch aus Sondiren des Thränennasenganges, Ausspülungen, Exstirpation des Sacks von aussen und Entfernung der Thränendrüse.

Vortragender hat im Jahre 1910 eine intranasale Methode zur Behandlung der Dakryostenose angegeben, welche er „Eine Fensterresection des Ductus nasolacrimalis“ genannt hat, und 7 Fälle veröffentlicht. Schon damals hatte er aber gesehen, dass, wenn die Stenose hoch oben liegt, man den Thränensack eröffnen muss, und damals hat er empfohlen, den Ductus so hoch nach oben aufzumachen, bis eine Sonde horizontal durch das Thränenröhrchen in die Nase durchgeführt werden konnte, d. h. man soll nicht nur den Kanal, sondern auch den Sack aufmachen.

Im Laufe der letzten $1^1/_2$ Jahre hat Vortragender an der Silex'schen Klinik in Berlin Gelegenheit gehabt, die Dakryostenose eingehend zu studiren und hat an 119 Fällen eine neue Methode ausgearbeitet, wodurch man im Stande ist, eine dauernde Verbindung zwischen Auge und Nase in Fällen von Dakryostenose zu schaffen, welche ohne äussere Narbe zur Heilung der Krankheit mit seiner Wiederherstellung der physiologischen Function des Thränenweges in 90 pCt. der Fälle führt.

Die Methode besteht darin, dass unter Localanästhesie unter Schonung der unteren Muschel die den Thränenwulst deckende Schleimhaut entfernt wird und dann ein Stück vom aufsteigenden Kieferast und auch ein Stück vom Os lacrimale weggemeisselt wird. Dann wird die nasale Wand des Sackes weggeschnitten und eine neue künstliche directe Verbindung zwischen Auge und Nase oberhalb der intacten unteren Muscheln hergestellt. Sehr häufig ist es vortheilhaft, einen

Schleimhautlappen nach unten zu klappen, um besser an die Gegend der Fossa lacrimalis herankommen zu können (Demonstration).

Die Vortheile der Methode sind folgende:

1. Die physiologische Function des Thränenweges wird wieder hergestellt, sodass nicht nur eine Eiterung des Sacks, eine Thränenfistel oder ein Phlegmone ausgeheilt wird, sondern auch die Thränen wie normaler Weise durch die Nase abfliessen können, und daher vermeidet man eine spätere Epiphora.
2. Die Thränendrüse wird geschont.
3. Ein Hautschnitt und eventuelle Narbe wird vermieden.

Indication:

Die Operation ist indicirt bei allen den verschiedenen Krankheitsbildern, die überhaupt durch Dakryostenose hervorgerufen werden können, d. h. Dakryocystitis, Dakryoblenorrhoe, Thränenfistel, Thränensackphlegmone, Epiphora (selbstverständlich nur die Epiphora, die durch Dakryostenose verursacht wird).

Contraindicationen:

Bei sehr kleinen Kindern und bei sehr alten Patienten ist die Operation contraindicirt. Vortragender hat aber Dakryocystitis bei einem Kinde von sechs Jahren ausgeheilt, und auch bei einer Frau von 69 Jahren alle beiden Thränensäcke in einer Sitzung eröffnet.

Den Vorschlag von Halle, eine Schleimhautfalte zu bilden, die als Ventil functioniren sollte, um zu vermeiden, dass Luft durch den Canaliculus geblasen werden kann, hält Vortragender für überflüssig, da bis jetzt kein Patient darüber geklagt hat, und er keine Nachtheile davon gesehen hat. Ausserdem hält es Vortragender für technisch unmöglich, weil ein freier Schleimhautlappen entweder an das Knochenfenster angelegt werden, oder in das Naseninnere frei hineinragen muss. Einen Schleimhautlappen an dem Knochenfenster hält Vortragender für unvorteilhaft, weil es eventuell zu Verengerung der Oeffnung führen kann. Wenn er in die freie Nase hineinragt, atrophirt er in sehr kurzer Zeit.

Polyák's Vorschlag, auf das Sondiren ganz und gar zu verzichten, ist practisch unausführbar, weil man häufig eine Stenose in dem Canaliculus hat, und eine Canaliculusstenose stellt man mit einer Sonde fest. Ausserdem kann das Thränenröhrchen durch einen Stein verstopft werden; in diesem Falle heilt den Patienten ein einmaliges Einführen einer Sonde aus. Und weiter trifft man oft Geschwülste in der Thränensackgegend, welche eine grosse Aehnlichkeit mit Thränensackphlegmonen haben. Die Differentialdiagnose in diesem Falle kann man sehr häufig mit einer Sonde feststellen, und eine Diagnose ist hier äusserst wichtig, weil bei einer Thränensackphlegmone man den Thränensack von der Nase aus eröffnen würde. Bei einer Thränensackgeschwulst würde man das aber nicht thun.

Ueber Polyák's Behauptung, dass man von der Nase aus den Thränensack nicht in dem Maasse reseciren kann, wie bei der Toti'schen Operation von aussen, möchte Vortragender sagen, dass dies nicht stimmen kann, weil er selbst den Thränensack in toto von der Nase aus entfernt hat.

Vortragender behauptet, dass dies der erste Versuch ist, an der Hand eines grossen Materials die Frage der Dakryostenose klinisch zu lösen und glaubt, dass seine Reihe von 119 Fällen schon allein genügt, um zu beweisen, dass er eine bessere Methode zur Behandlung der Dakryostenose gefunden hat.

von Eicken-Giessen hält die Operation von der Nase aus nicht für übersichtlich. Er hat sein früher angegebenes Verfahren (Frankfurt a. M. 1911) jetzt in der Weise modificirt, dass er vom Munde aus gegen die Apertura pyriformis vorgeht, den Thränensackkanal nach Wegnahme des Knochens bis zum Thränensack freilegt und diesen nach unten nach der Kieferhöhle zu eröffnet. Als besonderen Vortheil des Verfahrens hebt er unter anderen den hervor, dass ein Schneuzen von Nasensecret in das Auge hinein nicht stattfinden kann.

Denker-Halle: Wir sind ungefähr in derselben Weise wie von Eicken vorgegangen, haben den ganzen Ductus nicht nur gespalten, sondern ebenso wie den Thränensack selbst resecirt, mit gutem Erfolg. Die endonasale Operation ist doch, namentlich wenn der Knochen dick ist, nicht so ganz einfach und übersichtlich.

Siebenmann-Basel ist in 2 Fällen in ähnlicher Weise vorgegangen, wie es neuerdings von Eicken empfiehlt.

Rhese-Königsberg verweist ausführlich auf seine früheren Ausführungen, wonach bei Thränensackeiterung ebenso wie bei Stenose und Epiphora die Entfernung der vorderen Siebbeinzellen eine grosse Rolle spiele. Er meint auch, dass bei dem Operationsverfahren Polyak's die Entfernung der vorderen Siebbeinzelle, die er gleichzeitig vornimmt, eine ausserordentliche Rolle spielt.

Mann-Dresden hat von der alten von Eicken'schen Methode in 3 Fällen vorzügliche Resultate gesehen. Das Siebbein war in seinen Fällen gesund.

Killian-Berlin: Wenn man von der Aussenseite des Kiefers vorgeht, wird man damit rechnen müssen, sehr oft — den anatomischen Verhältnissen gemäss — die Kieferhöhle zu eröffnen.

Schmiedt-Leipzig-Plagwitz bevorzugt die Toti'sche Operation.

Polyàk (Schlusswort): Die Operation von Eicken's ist immer eine grosse Operation gegenüber der intranasalen. Gewiss ist letztere schwierig, das liegt in den anatomischen Verhältnissen, aber sie ist mir in 11 Fällen gelungen. Was die Prioritätsansprüche West's anlangt, so vermisse ich vor Allem den Nachweis einer öffentlich erschienenen schriftlichen Publication vor mir.

West (Schlusswort) vertheidigt im Schlusswort seine Prioritätsansprüche. Eine diagnostische Sondirung der Thränenwege vor der Operation hält er, um Fehldiagnosen auszuschliessen, für sehr wichtig.

Réthi-Budapest: Ueber die intranasale Eröffnung der Stirnhöhle.
Bei der breiten intranasalen Eröffnung müssen wir die Crista nasalis entfernen, welche einen Theil des Stirnhöhlenbodens bildet. Diese springt plötzlich von einer steilen Knochenwand nach vorn. Die Entfernung ist aber eben deshalb

schwer, weil wir bloss einen Angriffspunkt haben, nämlich die natürliche Oeffnung. Deshalb machen wir einen arteficiellen.

Das vordere Ende der mittleren Muschel wird mit den vorderen Siebbeinzellen entfernt, die natürliche Oeffnung der Stirnhöhle freigemacht, und mit Haken möglichst verbreitert. In die Höhle wird ein wenig Cocain gebracht. Nun wird jetzt von aussen die Wurzel, die seitliche Partie der Nase und der Nervus supraorbitalis reichlich mit Novocain-Adrenalin infiltrirt.

Mit einem Stacke'schen, also nach hinten zu gebogenen Meissel meisseln wir unterhalb der Crista nasalis das Nasenbein und den Proc. frontalis durch, und führen durch das Loch ein Rasparatorium nach Jacques Joseph und lösen die Haut der Nasenwurzel vom Knochen ab. Jetzt erst benutze ich meine neuen starken Zangen, mit deren Hilfe die Knochenmasse leicht entfernt werden kann (Fabrikant Caray, Budapest).

Mit der Zange müssen wir stufenweise fortschreiten und nicht zu viel auf einmal entfernen. Die Stirnhöhle wird in dem Maasse frei, dass wir das Höhleninnere bequem betrachten können.

Die vorderen Siebbeinzellen können auch radical entfernt werden. Einsenkung kommt nicht vor, weil die entfernte Knochenpartie dem tieferen Theile entspricht.

Die Operation wurde ohne Schwierigkeiten an einer ganzen Reihe von Leichen ausgeführt und in einem Falle bei einem jungen Manne. Die Haut war nach der Operation kaum geschwollen. Der Patient wurde nach Tagen geheilt entlassen.

Die ausführliche Publication wird im Zusammenhange mit einer grösseren Zahl der operirten Fälle erfolgen.

Discussion:

Boeninghaus-Breslau verweist darauf, dass es immer schwierig ist, den Ductus nasofrontalis intranasal zu erweitern.

Réthi (Schlusswort) hat die Operation ausser an vielen Leichen auch an einem Patienten vorgenommen. Die Operation ging da ganz leicht von statten.

Killian-Berlin: Ueber üble Zufälle bei Kieferhöhlenspülungen.

Wenn man ein altes Eiterdepot in der Kieferhöhle von der natürlichen Mündung oder einer Punctionsöffnung aus mit steriler Kochsalzlösung durch Spülung entfernt, so tritt in manchen Fällen einige Stunden später eine mässige Temperatursteigerung ein. Mitunter geht ihr ein Schüttelfrost voraus. Auch kann die Temperatur sich über 39^0 erheben. Dies dauert meist nur einige Stunden. Am nächsten Tage befindet sich der Patient wieder vollkommen wohl. Fast immer tritt diese Störung nur bei der ersten Spülung auf. Offenbar handelt es sich um die Resorption von Bakteriengiften von Seiten der Kieferhöhlenschleimhaut. Eine Infection kommt nicht in Betracht.

Erwähnt wird weiterhin ein Fall, in welchem unmittelbar nach der Spülung das Sehvermögen in dem bezüglichen Auge aufgehoben war. Die Störung ging rasch vorüber, jedoch blieb die Pupille einige Tage erweitert.

Sehr bemerkenswerth sind die Vagusreflexe, welche bei besonders empfindlichen Individuen unter gewissen Umständen bei der Kieferhöhlenspülung eintreten können. Pulsverlangsamung, Ohnmachten und selbst vereinzelte plötzliche Todes-

fälle wurden, wie bekannt, beobachtet. Vor einer Reihe von Jahren ereignete sich ein Fall letztgenannter Art in der Poliklinik des Vortragenden. Es konnte nur festgestellt werden, dass das Spülwasser kalt gewesen war. Die Autopsie und insbesondere die Untersuchung des Herzens ergaben nichts Besonderes.

Discussion:

Streit-Königsberg erwähnt einen Fall, in dem nach einer Ausspülung der Kieferhöhle vom mittleren Nasengang aus unter anderen Erscheinungen vorübergehende Lähmung beider Beine und vorübergehende Sehstörungen auftraten.

Walliczek-Breslau: Ich sah in zwei Fällen Schüttelfröste nach der ersten Einspritzung auftreten, die sich bei jeder Einspritzung wiederholten, ferner Emphysem und auch etwas ganz Aehnliches wie Herr Streit.

Siebenmann-Basel sah in 2 bis 3 Fällen starke Schüttelfröste mit nachfolgendem Fieber, die sehr rasch in einigen Stunden wieder abklangen. Was die Schwindelanfälle nach Ausspülung der Kieferhöhle anlangt, so komme als Erklärung hierfür die Verbindung des Trigeminus mit dem Vagus in Betracht.

Killian (Schlusswort): In meinem Falle, wie gesagt, ist die Section gemacht worden, es ergab sich nichts Krankhaftes.

Kassnitz-Baden-Baden: Pulverinhalalator.

Vortr. zeigt seinen Pulverinhalator vor, der nicht bloss ein vorzüglicher Pulverbläser, sondern nach Einfügung des Inhalationsrohres auch ein wirklicher Pulver-Inhalationsapparat ist.

Mit dem „Pulvinhal“ können die Kranken Heilmittel in Pulverform in ununterbrochener Folge beliebig lange einathmen, ohne durch unangenehmen Geschmack und durch Hustenreiz belästigt zu werden. Wie Cigarettenrauch entsteigt z. B. das Lenirenin dem Pulvinhal und folgt den leisesten Lufthauchen, also auch dem Athemzuge in das Innere der Luftwege. Wie die praktische Vorführung erweist, wird die Stimme durch den Gebrauch des mit Lenirenin gefüllten „Pulvinhal“ durchaus nicht belegt, sondern vielmehr frischer und klangvoller, die Stimmbänder klingen leichter an, der ganze Stimmapparat ist freier und leichter beweglich, von Husten gar keine Spur. Alle entzündlichen Vorgänge der Athmungswege, besonders aber die schmerzhaften werden durch Pulvinhal auffallend schnell günstig beeinflusst, die Tuberkelbacillen werden kleiner und besonders schmäler und zeigen deutliche Septirung.

Kassnitz-Baden-Baden: Ueber das Gurgeln.

Warum helfen die Gurgelwässer, selbst die besten, so wenig? Weil wir zwar unseren Kranken täglich, wer weiss, wie oft, die genialsten Gurgelwässer anrathen, uns aber nicht darum kümmern, wie sie gebraucht werden.

Gurgeln kann eben ein Jeder. Ich wenigstens habe noch Keinen gefunden, der auf meine dahin zielenden Fragen nicht ein, auf den Brustton der Ueberzeugung gestimmtes „aber natürlich“ gehabt hätte. Wenn ich ihm aber dann zeige, wie er es machen soll, dann klingt es regelmässig sehr kleinlaut, ja so habe ich es freilich nicht gemacht. Die meisten Kranken lassen eben das Gurgelwasser überhaupt nicht aus dem Munde nach abwärts gehen und können deshalb auch im

Halse keine Besserung damit erzielen. Nach vielfachen Versuchen habe ich nun ein ganz einfaches Mittel gefunden, um festzustellen, ob falsch oder richtig gegurgelt wird. Ich lasse das Gurgelwasser in den Mund nehmeu, die a-Bewegung machen, d. h. den weichen Gaumen vom Zungengrunde entfernen, sodass der Flüssigkeit der Weg nach unten frei gemacht wird und dann sofort den Kopf nach vorn halten und nicht weiter nach hinten. Fliesst das Wasser bei „Kopf nach vorn“ aus dem Munde heraus, so hat der Kranke falsch gegurgelt. Fliesst das Gurgelwasser nicht heraus, so ist es zum Mindesten im Halse. Den Kehlkopf, die Stimmbänder und die hintere Rachenwand abzuspülen, wird schnell gelernt.

Spiess-Frankfurt a. M.: Beitrag zur Therapie der Keilbeinhöhlenerkrankungen.

Die Erfahrungen, welche Sp. bei der operativen Freilegung der Keilbeinhöhle nach dem Hirsch'schen Vorschlag bei Hypophysiserkrankungen machte, veranlassten ihn auch, bei allen anderen Keilbeinhöhlenerkrankungen den Weg durch das Septum zu nehmen.

Im Gegensatz zu der üblichen Methode, die Keilbeinhöhle einseitig freizulegen, nachdem das Siebbein gründlich resecirt worden ist, konnten so die Keilbeinhöhlen beider Seiten gleichzeitig eröffnet werden. Man gewinnt durch das mediale Vorgehen einen sehr freien Ueberblick und viel mehr Platz als bei einseitigem Operiren. Sollten die mittleren Muscheln störend im Wege sein, so werden sie, wie auch chirurgischerseits schon vorgeschlagen worden, infrangirt und gewaltsam bei Seite gedrängt. Das Siebbein, das doch in vielen Fällen gesund ist, kann also erhalten bleiben. Besonders werthvoll ist dieses Operationsverfahren für Fälle, in denen die Diagnose einer Keilbeinerkrankung noch nicht feststeht. Hier wird durch die nur noch auf die Keilbeinhöhle fortgesetzte submucöse Septumresection kein Schaden angerichtet, der wie z. B. die nothwendige nasale Siebbeinresection die Functionen der Nase ungünstig beeinflussen könnte.

Aus der Geschäftssitzung ist hervorzuheben, dass als Ort der nächsten Tagung Kiel bestimmt wurde.

Zum ersten Vorsitzenden wurde Prof. Spiess-Frankfurt a. M., zum zweiten Prof. Hoffmann-Dresden gewählt.

Neu in den Vorstand traten ein an Stelle der ausscheidenden Herren Prof. Siebenmann-Basel und Sanitätsrath Dr. Hansberg-Dortmund, Prof. Kahler-Freiburg i. Br. und Dr. Winkler-Bremen. Hoffmann-Dresden.

---

c) Ungarische Section des Internationalen Comités für die Ozaena-Sammelforschung.

Sitzung in Budapest am 1. Juli 1913.

Vorsitzender: A. Onodi.
Schriftführer: J. Safranek.

Vorsitzender begrüsst die in grosser Anzahl erschienenen Mitglieder und Gäste und meldet, dass Dr. Perez, derzeit argentinischer Gesandter in Wien,

ferner Prof. Serafino Belfanti-Milano, Prof. R. Kraus-Wien und Dr. G. Hofer-Wien als ausländische Gäste an der Sitzung theilnehmen und über ihre Forschungen bezüglich der Aetiologie der Ozaena berichten werden.

G. Hofer, die Theorien der Aetiologie der Ozaena und namentlich die Daten der bacillären Theorie zusammenfassend, weist auf die Ergebnisse der vor mehr als einem Decennium durchgeführten Untersuchungen Perez' hin; nach diesen ist die genuine Ozaena eine Infectionskrankheit und deren Ursache ein von ihm gefundener und beschriebener Coccobacillus foetidus, welcher klein, polymorph, mit den gebräuchlichen Anilinfarben gut färbbar, nach der Gram'schen Methode nicht färbbar, unbeweglich, Gelatine nicht verflüssigend ist, im Harn ammoniakalische Gährung und in der künstlichen Cultur einen intensiven, typischen, dem ozaenösen Foetor homologen Gestank producirt. Bei intravenöser Einverleibung von Cultur löst er bei Kaninchen je nach der Dosis in kürzerer oder längerer Zeit ein typisches Krankheitsbild aus: intensive, eiterige Nasensecretion, gepaart mit Temperaturerhöhung und fortschreitender Abmagerung der Thiere; die Folge dieser, einen eminent chronischen Charakter annehmenden Affection ist eine nach Wochen oder Monaten auftretende vollständige Atrophie der vorderen Nasenmuscheln; die Untersuchung des Nasensecrets ergiebt das Vorhandensein des inoculirten Mikroben nahezu in Reincultur. Auf Grund dieser Tatsachen schrieb Perez dem von ihm beschriebenen Mikroben ätiologische Bedeutung beim Zustandekommen der Ozaena zu; seine epidemiologischen Recherchen ergaben, dass die Krankheit familiär auftritt und die Infection von Mensch zu Mensch durch Uebertragung bei inniger Berührung, durch Küsse, Benutzung von Taschentüchern u. s. w. stattfindet. Da die Ergebnisse der Untersuchungen von Perez einheitlich nicht acceptirt wurden, überprüfte Hofer im Auftrage und und unter Aufsicht Prof. Kraus' im k. k. serotherapeutischen Institut in Wien die Befunde von Perez. Von 14 untersuchten Fällen von typischer genuiner Ozaena fand sich der Perez-Bacillus bzw. konnte in Reincultur isolirt werden in 8 Fällen, also 57 pCt. Vortragender demonstrirt eine solche Cultur und beschreibt die morphologischen Eigenschaften des Bacillus. Die intravenöse Einverleibung der Culturen an Kaninchen bestätigte vollkommen die angeführten Resultate der Perez'schen Untersuchungen; an den demonstrirten anatomischen Präparaten ist die förmliche Einschmelzung der vorderen Nasenmuscheln bzw. Atrophie zu constatiren. An den zur Controle mit anderen Bacillen-Culturen (Abel-Löwenberg, Friedländer, Staphylococcus, Bacillus mucosus, prodigiosus) geimpften Thieren kam ein ähnlicher Krankheitsprocess nicht zu Stande. Auch die wiederholte Cultureinreibung in die Nase ergab typische nasale Reaction mit starker Secretbildung und beginnenden Schwund der Muscheln. Die intravenöse Infection zeigte die specifische Localisation des Perez'schen Bacillus an der Nasenschleimhaut bereits nach 12 Stunden; da die specifische Localisation bzw. Affinität von vom Bacillus abgegebenen Giftstoffen herrühren konnte, wurden die Stämme des Coccobacillus auf ihre Giftbildung untersucht; 6—8tägige Bouillonculturen wurden filtrirt und das sterile Filtrat Kaninchen intravenös injicirt; die Untersuchung ergab, dass der Perez-Bacillus offenbar lösliche Gifte producirt, denn die Thiere gingen im Verlaufe von 1 bis 3 Tagen zu Grunde und zeigten ganz gleiche Veränderungen wie diejenigen

Thiere, die mit Cultur inficirt waren. Zur Identificirung des Bacillus wurde ein specifisches Immun-Kaninchenserum hergestellt und damit Agglutinationsprüfungen vorgenommen; die Specifität konnte gegen den Löwenberg'schen Bacillus mucosus und andere Bacillenstämme sichergestellt werden; auch mit den Sera von Ozaena-Patienten wurde die Agglutinationsprüfung vorgenommen und in 2 Fällen von 8 wurde eine positive Reaction erzielt, hingegen wies die Prüfung mit 10 Normalseris von Gesunden stets negatives Resultat auf. Auf Grund dieser Ergebnisse hält Hofer dafür, dass der Perez'sche Coccobacillus in eine ätiologische Beziehung zu der genuinen Ozaena gebracht werden muss; damit ist für die Erforschung der Ozaena ein wichtiger Fortschritt zu verzeichnen; denn die bacteriologische Diagnose ist im Stande, auch den beginnenden Process zu erkennen; Hand in Hand damit aber wird es möglich sein, eine Prophylaxe und vielleicht auch eine ätiologische Therapie einleiten zu können (Vaccination u. s. w.).

Perez berichtet über die Geschichte seiner Forschungen. Perez begann seine Untersuchungen mit dem Löwenberg-Abel'schen Bacillus mucosus, welcher dem Friedländer'schen Pneumoniebacillus und dem Frisch'schen Rhinosklerombacillus sehr nahe steht; derselbe wurde im Nasensecret der Ozaenakranken mit grosser Leichtigkeit nachgewiesen, jedoch konnte experimentell mit demselben bei keiner Thiergattung ein der Ozaena gleichender Krankheitsprocess hervorgerufen werden. Deswegen wendete sich P. von der Löwenberg'schen Auffassung ab und isolirte mit systematischen bakteriologischen Untersuchungen die ganze Bakterienflora der Ozaena, welche sehr wechselreich ist: es fiel ihm ein kleines Stäbchen auf, welches in der Cultur einen dem Ozaenafoetor homologen Gestank produzirte und im Nasensecret von an allerlei Rhinitiden leidenden Kranken niemals vorgefunden werden konnte, hingegen im Ozaenasecret sehr häufig sich vorfand; mit Culturen dieses Bacillus vorgenommene Thierversuche ergaben die von Hofer aufgezählten Resultate. Nach Perez ist die Ozaena eine Infectionskrankheit im wahren Sinne des Wortes, welche auf dem Wege directer Infection sich verbreitet; zur Infection bietet sich in der Familie am meisten Gelegenheit, und die Ozaena ist eine eminente familiäre Erkrankung. Von 128 Fällen des Vortragenden zeigten 93, also 77 pCt., ein familiäres Auftreten; in 47 Fällen ging die Erkrankung von der Mutter, in 27 von der Schwester, in 9 vom Vater, in 7 vom Bruder und in 2 von der Grossmutter auf das Kind über, während in 1 Falle die Infektion vom Kinde auf die Eltern übertragen wurde; letztere Thatsache widerspricht der hereditären Theorie; für die Häufigkeit des familiären Auftretens spricht, dass P. in je einer Familie 2—11 Ozaenakranke fand. Die Rhinologen sehen zumeist nur das Endstadium der Ozaena, die Atrophie; das Anfangsstadium, welches in Form einer chronischen Rhinitis verläuft, entgeht ihrer Aufmerksamkeit; gerade in solchen Familien, deren 1—2 Mitglieder bereits ozaenös sind, können die atypisch beginnenden Fälle bakteriologisch leicht diagnosticirt werden; eben diese Fälle sind bezüglich der Prophylaxe äusserst wichtig; in solchen Fällen ist auch eine Spontanheilung möglich; wie eine jede Infectionskrankheit weist auch die Ozaena verschiedene Grade der Intensität auf. Zum Schluss fordert P. die

ungarischen Rhinologen und Bakteriologen auf zur Nachuntersuchung seiner Forschungen und zur weiteren Entwicklung der bisherigen Kenntnisse.

Nach Beendung der Discussion, welche sich den mit lebhaftem Beifall aufgenommenen Vorträgen anschloss, dankt Vorsitzender den Vortragenden für ihre werthvollen wissenschaftlichen Beiträge, welche Anlass geben zu weiteren Untersuchungen und Forschungen an der ungarischen rhinolaryngologischen Universitätsklinik. Safranek.

III. Briefkasten.

Berichtigung zu meinem Leitartikel in der Juli-Nummer dieses „Centralblatts" von Prof. Dr. Onodi (Budapest).

In meinem in der vorigen Nummer enthaltenen Leitartikel befindet sich ein Ausdruck, der das, was ich sagen wollte, nicht ganz genau wiedergiebt und den ich daher, um Missverständnissen vorzubeugen, zurückziehe. Ich wollte in meiner Vorlesung Czermak's rhinolaryngologische Thätigkeit nur insoweit vorführen, als er sie als Professor der Universität Budapest ausgeübt hat; ein historischer Rückblick auf die Begründung der Rhinolaryngologie, auf den Antheil Wiens an derselben und auf die Thätigkeit Türck's lag mir fern. Der Ausdruck „Budapest, wo die Wiege der Laryngologie stand", war nur schlecht gewählt; es sollte statt dessen heissen: „Budapest, das eine der Pflanzstätten der Laryngologie war", denn beide Städte müssen sich in die Ehre theilen, dass in ihren Mauern die Laryngologie begründet wurde und zu ihrer ersten Entfaltung gelangte.

---

85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Wien, 21. bis 28. September 1913.

Abtheilung 26: Hals- und Nasenheilkunde.

Einführender: Hofrath Professor Dr. Ottokar Chiari.

Sitzungsraum: Hörsaal der laryngo-rhinologischen Klinik, IX., Lazarethgasse 14.

Angemeldete Vorträge:

1. Blumenfeld-Wiesbaden: Ueber Mischtumoren an der Lippe.
2. J. Fein-Wien: Ueber eine chronische entzündliche Geschwulst im Nasenrachenraum.
3. Frühwald-Wien: Perichondritis thyreoidea externa et interna.
4. Goldmann-Iglau: Die Tonsillitis chronica, ihre locale und allgemeine klinische Bedeutung.
5. Gutzmann-Berlin: Begriff und Classification der habituellen Dyskinesien der Stimme.
6. Imhofer-Prag: Ueber lymphatisches Gewebe und Plasmazellen im Ventriculus Morgagni und ihre Beziehung zum Status lymphaticus.
7. Kahler-Freiburg i. Br.: Die chirurgische intra- und extralaryngeale Behandlung der Tuberculose des Kehlkopfes (Referat).
8. H. Marschik-Wien: a) Die Resection und Exstirpation von Pharynx und Larynx; b) Intrakranielle Complicationen bei Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase.
9. Neumann-Wien: Papillomata laryngis bei Kindern.
10. F. Pick-Prag: Ueber Sklerom der Luftwege.

11. L. Réthi-Wien: Das Radium in der Laryngo-Rhinologie (Referat).
12. F. Schlemmer: Die Erkrankungen der Nebenhöhlen bei Kindern.
13. R. Steiner-Prag: Ueber locales Amyloid in der Trachea.
14. H. Stern-Wien: Zur Diagnose uzd Therapie functioneller Stimmdefecte.
15. H. Koschier-Wien: a) Ueber die operative Behandlung des Larynxcarcinoms. b) Ueber die Behandlung der chronischen Narbenstenosen des Larynx und der Trachea.
16. S. Tenzer-Wien: Ueber die Endresultate der Tonsillektomie.

Dr. Ernst L. Shurly †.

Dr. Ernst L. Shurly in Detroit, Michigan U. S. A. ist am 10. Mai d. J. im Alter von 67 Jahren an einer Herzkrankheit gestorben. Er war einer der Gründer der American Laryngological Association, deren Vorsitz er auch früher innegehabt hat. Er war Professor für Laryngologie und klinische Medicin am Detroit College of Medicine, ehemals activer Militärarzt in der Armee der Vereinigten Staaten und machte als solcher die Züge gegen die Indianer und die Yellowstone-Expedition mit. Er war Chef des Aerztestabes vom Harper Hospital Detroit und gehörte zum Stab von St. Mary's, St. Lukas und the Women's Hospital. Shurly war ein Vorkämpfer im Kampf gegen die Tuberculose; auf seine Initiative ist die erste im Staate Michigan eingerichtete Tuberculoseheilstätte zurückzuführen. Er hat ein ausgezeichnetes Lehrbuch der Hals-, Nasen- und Brustkrankheiten verfasst und eine grosse Anzahl werthvoller Arbeiten geschrieben, die in verschiedenen Zeitschriften und in den Verhandlungen der American Laryngological Association erschienen sind.

Shurly war ein Mann von sehr liebenswürdigem und heiterem Naturell und war bei allen, die ihn kannten, aufrichtig beliebt. Grossherzig und edel wie er war, diente er seinen jüngeren Collegen stets als Führer, Rathgeber und Freund; er förderte sie und regte sie dazu an, ihr Bestes zu leisten. Sein Verlust wird bei allen, die ihm nahe standen, tiefe Trauer erwecken. Emil **Mayer**.

Erweiterung der Abtheilung für Ohren- und Halskranke im Stadtkrankenhause Dresden-Johannstadt.

Am 30. Mai cr. erhielt die unter Leitung von Professor Dr. Hoffmann stehende Abtheilung für Ohren- und Halskranke im Stadtkrankenhause Dresden-Johannstadt neue eigene Räume. Die Abtheilung umfasst jetzt 45 Betten, wird aber nach Fertigstellung eines im Bau begriffenen Pavillons erweitert werden. Dieselbe ist ausser mit einem Ambulatorium, einem neuzeitlich eingerichteten Laboratorium einschliesslich Sammlungszimmer, auch mit einem Inhalatorium und einer Röntgeneinrichtung ausgestattet.

Personalnachrichten.

Prof. Gerber (Königsberg) ist zum correspondirenden Ehrenmitglied der R. Society of Medicine in London ernannt worden.

Prof. Jurasz in Lemberg ist daselbst zum ordentlichen Professor ernannt worden.

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Berlin W., Nettelbeckstr. 17.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIX. Berlin, September. 1913. No. 9.

I. Die rhino-laryngologische Section des XVII. Internationalen Congresses.

London, 6. bis 12. August 1913.

Der XVII. medicinische Congress stellt mit seinen über 7000 Mitgliedern die grösste ärztliche Heerschau dar, die bisher je stattgefunden hat. Wie man angesichts dieser Riesenveranstaltung der Congressleitung nur aufrichtigste Bewunderung und Anerkennung für die bis ins Kleinste wohldurchdachte und ausgezeichnet durchgeführte Organisation des Ganzen zollen kann, so dürfen wir auch im Speciellen mit dem Erfolg unserer Section durchaus zufrieden sein. Ihre Verhandlungen gaben ein höchst erfreuliches Bild von der regen und erfolgreichen Arbeit, die überall auf allen Gebieten unserer Disciplin geleistet wird; sie zeigten, wie sehr diejenigen im Unrecht sind, die da behaupten, die Laryngologie sei ein durchackertes Land, das wissenschaftlicher Thätigkeit keinen befriedigenden Ertrag mehr liefert. Wenn unter der üppig aufschiessenden Saat auch manches wertlose Kraut sich einnistet, wenn neben dem Weizen naturgemäss auch Spreu sich findet, so dürfen wir doch — und das haben die Verhandlungen dieses Congresses wieder bewiesen — auf das Gesammterträgniss der in unserem Fach geleisteten Arbeit stolz sein. Die Verhandlungen unserer Section auf dem Londoner Congress haben ferner von Neuem bewiesen — wenn es eines solchen Beweises überhaupt noch bedarf —, dass unser Arbeitsfeld so umfangreich und andererseits wieder trotz der mannigfachsten Berührungspunkte mit fast allen Gebieten der Medicin so in sich abgeschlossen und wohlbegrenzt ist, dass jeder Versuch, die Laryngologie in ihrer Stellung als selbstständiges wissenschaftliches Sonderfach anzutasten, einen schweren Missgriff bedeuten würde. Ich darf an dieser Stelle davon absehen, auf die Ver-

handlungen im Einzelnen einzugehen, da ich hoffe, demnächst einen ausführlichen Bericht zu bringen, der die Leser des Centralblatts in den Stand setzen wird, sich davon zu überzeugen, ob das oben Gesagte zutreffend ist. Das Hauptinteresse concentrirte sich auf die Referate: lebhafte und anregende Discussionen, die zeigten, wie glücklich man in der Wahl der betreffenden Themata gewesen war, folgten auf die Referate über die neueren Fortschritte auf dem Gebiete der directen Untersuchungsmethoden (Killian und Chevalier Jackson), über die Anwendung von Salvarsan und anderen Arsenpräparaten bei Erkrankungen der oberen Luftwege und des Ohres (Castex und Gerber). Ganz besonders lebhafte Erörterungen schlossen sich an das Referat über Indicationen und Werth der Tonsillektomie und Tonsillotomie (Burger u. Goodale); sie zeigten, dass, wenn auch der ursprüngliche von Amerika aus propagirte ultraradicale Standpunkt heute fast allgemein aufgegeben ist, der Widerstreit der Meinungen in Bezug auf Berechtigung und Indication der Tonsillektomie durchaus noch nicht als endgültig beigelegt gelten kann.

Dass die Verhandlungen einen so befriedigenden, von keinem Missklang getrübten Verlauf nahmen und dass es gelang, das ganze umfangreiche Arbeitspensum zu erledigen, das war nicht zum mindesten das Verdienst des Vorsitzenden unserer Section, Sir St. Clair Thomson. Sein feiner Tact, seine weltmännische Courtoisie und der stets gleiche Charme seiner Ausdrucksweise — ob er nun seine Muttersprache oder französisch, deutsch, italienisch sprach — machten es zu einem wahrhaft ästhetischen Vergnügen, ihn „in the chair“ zu sehen. In seinem schwierigen Amt wurde der Vorsitzende von den Schritfführern — den Herren Harmer, Brown Kelly und Dan McKenzie — auf das erfolgreichste unterstützt; auch ihnen gebührt für ihre Umsicht und Mühewaltung uneingeschränktes Lob und für ihre stete Bereitwilligkeit und Zuvorkommenheit aufrichtiger Dank.

Dass auch auf diesem Congress neben der ernsten Arbeit die Geselligkeit zu ihrem guten Rechte kommen musste, versteht sich von selbst. Wie aber in London, dieser Stadt, die eigentlich keine Stadt mehr ist, sondern eine Vielheit von Städten, alles ins Ungeheure geht, wie der Riesenbau der Alberthall gleichsam den dimensionellen Maassstab für den ganzen Congress abgab, so kann man auch sagen, dass die Gastfreundschaft unserer Londoner Collegen einen wahrhaft grandiosen Charakter trug. Man musste schon recht robust und widerstandsfähig sein, um dieser Menge von Luncheons, Dinners, Empfängen, Excursionen, Besichtigungen, Dampferpartien etc. gegenüber Stand zu halten. Aber es war nicht die Massenhaftigkeit des Gebotenen, was in erster Linie imponirte. Jede Veranstaltung war bis ins Kleinste liebevoll erdacht und auf das Vollkommenste arrangirt, alles trug das Gepräge jener wahren Vornehmheit und Gediegenheit, wie sie nur eine

alte und erlesene Cultur verleiht, und — was die Hauptsache ist — man hatte die wohlthuende Empfindung, dass alles aus aufrichtiger gastfreundlicher Gesinnung uud mit wirklicher Freude dargeboten wurde.

Am Tage vor Beginn des Congresses fand im Hause von Sir St. Clair Thomson eine Zusammenkunft des Internationalen Comités für die Laryngo-Rhinologencongresse statt. Einen Bericht über die Verhandlungen werden unsere Leser im Briefkasten des nächsten Heftes finden. Der wichtigste in jener Zusammenkunft gefasste Beschluss sei aber schon heute mitgetheilt, nämlich die Annahme der seitens der Hamburger Collegen für 1915 ergangenen Einladung. **Der nächste Internationale Laryngo-Rhinologencongress wird also 1915 in Hamburg stattfinden.** Finder.

II. Die directen Methoden in den Jahren 1911 und 1912 [1]).

(Ein Sammelreferat.)

Von

Gustav Killian.

Mit den directen Untersuchungsmethoden der Luftwege und der oberen Speisewege haben wir uns seit Erfindung der directen Laryngoskopie und besonders im letzten Jahrzehnt ausserordentlich eifrig beschäftigt. Viele zusammenfassende Arbeiten sind erschienen. Auf den internationalen Laryngologen-Congressen in Wien, Budapest und Berlin wurden Referate gehalten. Ich glaubte mich daher auf eine Durchsicht der Literatur beschränken zu sollen, welche in den letzten beiden Jahren 1911—1912 erschienen ist. Das ausführliche Referat Kahler's auf dem Berliner Congress reicht bis zum 1. Januar 1911.

Auch bei dieser Beschränkung blieb mir noch eine grosse Arbeit zu leisten. Handelte es sich doch darum, über 460 Titel und Arbeiten zusammenzubringen und durchzusehen.

Die genannte umfangreiche Literatur erstreckt sich auf viele Nationen und ist zum Theil in wenig geläufigen Sprachen niedergelegt. Sie konnte daher nur unvollständig und an der Hand zum Theil recht kurzer, den Inhalt keineswegs umfassender Referate bearbeitet werden. Trotzdem glaube ich, dass die Uebersicht über die Literatur der letzten beiden Jahre, welche ich Ihnen zu geben gedenke, alles Wesentliche umfassen wird.

---

1) Vorgetragen in der Section für Laryngo-Rhinologie auf dem Londoner Internationalen medicinischen Congress 1913.

Mehr wie früher haben wir uns in den letzten Jahren mit der Geschichte der directen Methoden befasst. Es gelang mir, zu zeigen, dass sich von kleinen Anfängen nach und nach alle Kulturnationen eifrig mit diesen Methoden befasst haben. Genaue historische Darstellungen gaben in dem Ausstellungskatalog des Berliner Congresses 1911 Mann und Gottstein.

In einer Reihe von Lehrbüchern wurden die direkten Methoden und die damit behandelten Krankheiten ausführlich beschrieben. Besonders hebe ich hervor die neuen Darstellungen von Starck über die Oesophagoskopie und von Mann über die directe Laryngo-Tracheo-Bronchoskopie in dem grossen Handbuch von Katz, Preysing und Blumenfeld. Ferner das Buch von Lémaitre „Application de la Broncho-Oesophagoscopie à la chirurgie du Thorax". Eine kurze Darstellung der Oesophagoskopie habe ich selbst in der „Neuen chirurgischen Operationslehre" von Bier, Braun und Kümmel gegeben. Eine werthvolle Bereicherung erfuhren unsere Kenntnisse über die Krankheiten der Speiseröhre durch die zweite Auflage des Buches von Kraus, welche von Ritter mitbearbeitet wurde. Auch die Hoffmann'sche „Darstellung der Krankheiten der Bronchien" hat eine neue Auflage erlebt.

Was nun die directen Methoden selbst angeht, so sei gleich eingangs erwähnt, dass sie durch v. Gyergyai und Yankauer eine Anwendung auf den Nasenrachenraum erfahren haben, wobei hervorgehoben werden muss, dass schon A. Hartmann, Lindt und andere die directe Untersuchung des Nasenrachens in Angriff nahmen. Wie es scheint, kann mit der directen Rhinoscopia posterior in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht einiges geleistet werden. Auch die Ohrtrompete lässt sich jetzt mit dem Rohr erreichen und kann eine Strecke weit besichtigt werden.

Was die directe Laryngoskopie betrifft, so gehen wir kaum fehl in der Annahme, dass das, was die Literatur der letzten beiden Jahre darüber gebracht hat, keineswegs auf Vollständigkeit Anspruch erheben kann. Die directe Laryngoskopie wird in der Praxis oft verwendet. Viele halten es aber nicht für der Mühe werth, darüber besonders zu berichten. Wir müssen sie ausserordentlich hoch einschätzen, denn sie hat uns in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht wesentlich weiter gebracht. Dies lehren auch die neueren Arbeiten.

Bezüglich der Anwendung der Narkose bei kleinen Kindern zeigt sich neuerdings, besonders in Amerika (Jackson), die Tendenz, möglichst ohne Betäubung auszukommen. Paunz betont aber mit Recht, dass wir uns die Vortheile der Narkose nicht sollten entgehen lassen. Schon früher hat Jackson einen Spatel angegeben, bei dem das Chloroform durch ein besonderes Röhrchen geblasen wird. Neuerdings kam Neumann in Wien wieder auf diese Technik zurück, um sich dadurch eine gleichmässige und

hinreichende Betäubung des Patienten zu sichern. Es unterliegt keinem Zweifel, dass es schwer ist, die Kinder in eine genügend tiefe Narkose zu bringen. Auch wachen sie leicht daraus auf, wenn man mit der Untersuchung beginnt. Die Narkose wird ungleichmässig, weil sie während der Manipulationen im Halse stets unterbrochen werden muss. Das Jackson-sche und Neumann'sche Nebenröhrchen erlaubt eine continuirliche gleichmässige Chloroformzufuhr. Jedoch muss unter erhöhtem Druck mit einem Gebläse gearbeitet werden. (Junker'scher Narkose-Apparat.)

Hartmann und Yankauer haben den Röhrenspatel konisch gestaltet. Das obere Ende ist weit, das untere eng. Ihnen folgte Hill und fügte noch einen seitlichen Schlitz bei. Derselbe hat einen gewundenen Verlauf und ist so breit, dass er den Stiel eines durchzuschiebenden Innenrohres hindurchgleiten lässt.

Die Einführung der Röhren und Spatel geschieht beim Erwachsenen wie immer im Sitzen. Auch bei Kindern in Narkose hält Paunz diese Haltung für die bessere. Anstatt der Rückenlage gebe ich in neuerer Zeit der Seitenlage den Vorzug und erlaube mir, daran zu erinnern, dass ich dies in New York seiner Zeit in dem Hubbard'schen Falle einer Reihe von Collegen vorgemacht habe. Später wurde die Seitenlage von Mosher und neuerdings von Jackson besonders empfohlen. Sie erleichtert die Einführung des Röhrenspatels wesentlich. Man steht vor und nicht hinter dem Kopf des Kindes. Der Speichel läuft aus dem Mundwinkel heraus. Die Kopfhaltung kann leicht regulirt werden. Es empfiehlt sich, bei gewöhnlicher gerader Kopfhaltung oder mässig rückgebeugtem Kopf zu beginnen, eine Methode, auf die schon früher Kirstein und später Johnston hingewiesen haben. Kirstein machte darauf aufmerksam, dass man bei vorgebeugtem Kopf die hintere Larynxwand besonders leicht sieht. Auch von Claoué wird dies neuerdings betont.

Der Brünings'sche Gegendrücker wird wenig erwähnt, leistet jedoch gelegentlich gute Dienste. Wie ich selbst angab und jetzt auch Pollatschek hervorhebt, kann man den Gegendrücker leicht durch Fingerdruck auf den Ringknorpel ersetzen. Den Patienten ist es oft unangenehm, sich zwischen Rohr und Gegendrücker eingeklemmt zu fühlen.

Eine neue Verwendung hat die directe Laryngoskopie bei der Melzer'schen Narkose gefunden. Man muss dabei einen dicken Katheter, durch welchen ein Gemisch von Sauerstoff und Aether geblasen wird, durch die Stimmritze tief in die Trachea einführen. Es handelt sich um die verlängerte Kuhn'sche Tubage. Die Einführung des Katheters hat sich Elsberg mit der directen Laryngoskopie erleichtert. Lautenschläger verwandte meinen theilbaren Röhrenspatel dazu.

Der congenitale Stridor der kleinen Kinder bedarf einer noch weiteren Aufklärung durch die directe Laryngoskopie. Auch Paunz fand die Epiglottis eigentümlich schnabelförmig zusammengedrückt und beobachtete im Anfall, wie sie geradezu in den Larynx hineingesaugt wurde. Aehnliches sah ich in Bezug auf die Arygegend. Man fängt jetzt an, diese Erscheinungen als secundäre aufzufassen. Da Kehlkopf und Luftröhre meist normal weit gefunden werden, Thymuscomplicationen in der Regel nicht vorliegen, so muss an eine primäre Neurose gedacht werden, die wohl in Beziehung mit dem Stimmritzenkrampf steht. Beim Laryngismus stridulus werden die Stimmlippen inspiratorisch genähert.

Acute Athembehinderungen sind bei kleinen Kindern oft durch eine subglottische Schwellung, wie bekannt, herbeigeführt. Die directe Untersuchung zeigt dies mit aller Klarheit. Selten dürfte, wie in dem Fall von Caussade und Willett, eine Perichondritis dahinter stecken.

Stimmbandknötchen hat Guisez in 10 Fällen beim Erwachsenen direct entfernt. Er bediente sich dabei besonders exact gebauter Zangen. Die Resultate waren sehr befriedigend. Auch Goldbach empfiehlt das gleiche Vorgehen. Gelegentlich wurden Kehlkopfpolypen direct entfernt (Setien und Quix), wenn der indirecten Entfernung besondere Schwierigkeiten entgegenstanden. Auch in Simanowski's Klinik ging man bei Larynxtumoren direct vor (Wojatchek).

Die wichtigste Rolle spielt die directe Laryngoskopie bei den Kehlkopfpapillomen der Kinder. Wir lesen neuerdings wieder viel darüber. Paunz unterscheidet die leichter zu behandelnde umschriebene Form von der schwereren diffusen, bei der die Papillome schnell und immer wieder recidiviren, und die manchmal unheilbar erscheint. Ich werde bei der Schwebelaryngoskopie auf dieses Thema zurückkommen.

Zur Behandlung der Kehlkopftuberculose versuchte Brünings die Röntgenbestrahlung endolaryngeal und direct durchzuführen, stiess jedoch auf erhebliche praktische Schwierigkeiten. In dem Bestreben, möglichst lange Belichtungszeiten zu erzielen, werden die Kranken zu sehr angestrengt. Auch macht die Angst vor den Funken viel zu schaffen. Ausser einer schmerzstillenden Wirkung und einer Reinigung der Geschwüre waren die bisherigen Erfolge wenig befriedigend.

Bemerkenswert sind die Angaben von Paunz über Kehlkopfsyphilis bei kleinen Kindern, die an Heiserkeit litten und stridorös athmeten. Er fand Anschwellungen der Kehlkopfschleimhaut und entdeckte in einem Fall ein Geschwür an der hinteren Wand. Die antisyphilitische Behandlung ermöglichte, die Tracheotomie zu vermeiden.

In Fällen von erschwertem Decanülement leistet die directe Laryngo-

skopie fortgesetzt grosse Dienste. Sie giebt Aufschluss über die Ursache und führt zu einer rationellen Behandlung. Dies zeigt sich wieder in den Mittheilungen von Sargnon und Abrand, Schmiegelow und Uffenorde. Abrand hat bei einem dreijährigen Kinde durch Intubation herbeigeführte Verwachsungen im Kehlkopf direct getrennt. Uffenorde entfernte von oben Granulationen. Schmiegelow empfahl die Behandlung der Stenosen nach Tracheotomie und Intubation mittelst Drainröhren, welche mit Faden oder Draht am Halse befestigt werden. Das Gummirohr wird später von oben entfernt. Mayer und Yankauer haben eine subglottische Stenose vom Munde aus mit bronchoskopischen Röhren dilatirt.

Bemerkt sei, dass man gelegentlich anstatt eines Fremdkörpers eine subglottische Schwellung oder subglottische Diphtherie findet (Zytowitsch). Ich kann dies aus eigener Erfahrung bestätigen. Auch ist es vorgekommen, dass anstatt Diphtherie ein Fremdkörper entdeckt wurde.

Zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Kehlkopf erwies sich die directe Laryngoskopie wieder sehr nützlich. Wittmaack entfernte bei einem 11 monatigen Kinde ein Knochenstück, bei einem 2jährigen den Wirbel eines Aals aus dem Kehlkopf. Von Paunz wurden in zwei Fällen ebenfalls Knochen glücklich entfernt. Reinking extrahirte gleichfalls ein Knochenstück direct von oben, nachdem das $1^3/_4$jährige Kind wegen Athemnoth hatte tracheotomirt werden müssen. Ich erwähne noch eine Schraube (Goldbach), Agraffe (Claoué), Fischschale (Guisez), eine Nadel und eine Sicherheitsnadel (Paunz). In diesen 5 Fällen handelt es sich ebenfalls um kleine Kinder.

Beim Erwachsenen haben Uffenorde und Kubo eine Münze und Fischgräten direct entfernt. Middleton versuchte einen Kürbiskern aus dem Kehlkopf herauszuziehen. Derselbe fiel dabei in die Bronchien und wurde ausgehustet.

Die Schwebelaryngoskopie.

Eine Modification der directen Untersuchung des Kehlkopfes ist meine Schwebelaryngoskopie, über welche ich schon auf dem Berliner Congress Mittheilung gemacht habe. Das Instrumentarium wurde seitdem wesentlich verbessert. Ausser mir hat auch mein Schüler Albrecht mit bestem Erfolg daran gearbeitet. Die Methode hat jetzt eine allgemein brauchbare Form erlangt. Es sind Mittheilungen von Albrecht, Hölscher, Wolff, Brieger, Hinsberg, Spiess, Lautenschläger, Davies, Pollatschek, Freudenthal und Kämpfer und mir gemacht worden.

Mittelst der Schwebelaryngoskopie gelang es, besonders bei den Kehlkopfpapillomen der kleinen Kinder, gute Erfolge zu erzielen. Auch bei der

Behandlung der Kehlkopftuberculose hat sie uns gute Dienste geleistet[1]). Ueble Zufälle haben sich bisher nicht ereignet. Die Aufhängung des Kopfes an einem Spatel wird leicht ertragen. Man kommt leichter zum Ziel, wenn man, wie ich das neulich auf der Versammlung Deutscher Laryngologen demonstrirt habe, zuerst den Zungengrund in die Höhe hebt und dann mit besonderem Heber den Kehldeckel aufrichtet und das Larynxinnere einstellt. Ein Gegendruck auf den Ringknorpel erleichtert wesentlich die Einstellung der vorderen Commissur. Albrecht giebt den Gegendruck mit der Brünings'schen Vorrichtung, welche für seinen Hebehaken besonders eingerichtet wurde. Aus der Literatur und den Verhandlungen in Stuttgart gewann ich den Eindruck, dass die Schwebelaryngoskopie nicht allein in meinen Händen, sondern auch in denen anderer sich bewährt hat.

Die obere und die untere Tracheoskopie.

Die Technik dieser Verfahren hat in den letzten beiden Jahren verschiedene Verbesserungen erfahren, was bei Besprechung der Bronchoskopie noch weiter ausgeführt werden wird.

Von angeborenen Veränderungen der Trachea ist ein Divertikel zu erwähnen, welches Kahler bei einer Frau auf directem Wege gefunden hat.

Aus der Klinik der directen Tracheoskopie erwähne ich einen Fall Gerber's, der von Max Zimmermann genau beschrieben wurde. Es handelte sich um eine Fractur der Luftröhre, gefolgt von Stenosenbildung. Zimmermann stellte die ganze Literatur von Trachealfracturen zusammen (19 Fälle). In dem Gerber'schen Falle gelang es, mit der directen Tracheoskopie nicht allein die Verengerung sichtbar zu machen, sondern auch mit dem Rohr bis zu den unterhalb der Stenose gelegenen Gebieten vorzudringen und diese aufzuklären.

Blutungen aus Venektasien der hinteren Trachealwand beseitigte Ephraim mit Chromsäureätzungen.

Was die acuten Infectionskrankheiten angeht, so hat die untere directe Tracheoskopie zur Entfernung von Membranen wieder gute Dienste geleistet (Paunz, Zytowitsch). Wichtig ist, zu wissen, dass diphtherische Processe in der Luftröhre mit Stenosenbildung ausheilen können. Solche Fälle wurden von E. Meyer und Yankauer und von Wojatchek beschrieben. Hier handelte es sich um ein 16jähriges Mädchen, das nach Diphtherie seit 8 Jahren kurzathmig geworden war. Es hatte sich in der Luftröhre eine Membran gebildet, die nur ein sehr enges Lumen übrig liess. Aehn-

1) Wie Brieger und Davies zeigten, lassen sich in der Schwebe auch Fremdkörper aus Rachen und Speiseröhre bequem entfernen. Auch Operationen im Nasenrachen und Rachen, insbesondere die Tonsillektomie wurden mit Vortheil in der Schwebe ausgeführt. (Albrecht, Killian, Freudenthal).

liches dürfte nach den Untersuchungen von Oppikofer auch nach Scharlach zu erwarten sein. Von 128 Scharlachsectionen ergaben 14 nekrotisirende Entzündungen in der Trachea. Paunz hatte Gelegenheit, bei einem Canülenkind im Verlauf von Masern mit unterer Tracheoskopie eingetrocknete Secretmassen aus den Bronchien zu entfernen. Auch betont er mit Recht den Werth der Methode bei Tracheotomirten, insbesondere, wenn sich Schwierigkeiten für die Athmung einstellen.

Guisez berichtet von einer Hernie der hinteren Trachealwand, Tovölgyi hat die chronische Tracheitis erfolgreich mit dem Spray behandelt. Die Lösungen wurden durch das Rohr eingeblasen.

Die Literatur über die syphilitischen Veränderungen der Luftröhre hat eine wesentliche Erweiterung erfahren. Gerber fand 3 cm unterhalb des Larynx ein Gumma; es ging von der hinteren Trachealwand aus und ragte tumorartig vor. Antisyphilitische Behandlung führte Heilung herbei. Durch Zerfall der gummös erkrankten Partien entstehen Ulcerationen, welche einen grossen Umfang annehmen können, wie in dem Fall von Denker. Hier zeigten sich bei der Section auch die Lungenspitzen erkrankt. Patient starb an einer Pneumonie im rechten Unterlappen, welche sich im Anschluss an eine langdauernde Demonstration entwickelt hatte.

Offenbar handelte es sich bei der Kranken, von welcher Iwanoff erzählt, um Syphilis. Autoptisch fand man bei ihr die ganze Trachealschleimhaut wegulcerirt. Alles war eine grosse Wunde.

Wenn der Zerfallsprocess weiter fortschreitet, so kann ein Durchbruch in die Speiseröhre erfolgen (Basch). Der Patient geht dann leicht an Bronchopneumonie zu Grunde (Schmiegelow). Interessiren dürfte es, dass pathologisch-anatomisch auch ein Durchbruch in den Aortenbogen beobachtet wurde (Stumpf).

Bei der Heilung der syphilitischen Ulcerationen entwickeln sich Narbenstenosen. Szmuolo berichtet über eine hochsitzende, Lorenz über eine tiefsitzende diaphragmenartige Narbe. Auch zeigte dieser Fall narbige Veränderungen im peritrachealen Gewebe. Durch solche Vorgänge können bekanntlich Compressionsstenosen der Luftröhre und der Bronchien entstehen.

Die Casuistik über Sklerom erfährt durch Mittheilungen von Gerber, Meyer und Yankauer, Galebski, Erbrich und Wojatchek eine Erweiterung. Bald handelte es sich um kleine, blasse, wandständige Infiltrate, bald um ringförmige Veränderungen der Luftröhre. Auch die Gegend der Carina wurde infiltrirt gefunden, wodurch die Eingänge in die Hauptbronchien eine Verengerung erfuhren. Gleichzeitig waren meist Nasenrachen und Nase erkrankt. Die tracheoskopische Behandlung, Auskratzungen und Dilatationen, leisteten einigen Nutzen.

An gutartigen Geschwülsten in der Trachea sind beobachtet: ein Fibrom (Gereda), es sass an den letzten Ringen; Papillome (Guisez, Döderlein); ein Enchondrom (Guisez). Der letztere erwähnt auch einen Granulationspolypen. Ueber die Tracheopathia osteoplastica hat Hagar eine interessante Arbeit veröffentlicht.

Compressionsstenosen durch Strumen, Aneurysmen dürften wohl kaum noch viel interessiren. Anders verhält es sich mit Veränderungen des Trachealrohres durch tuberculöse Lymphdrüsen. Meist handelt es sich um Kinder. Paunz beobachtete allein 4 Fälle. Zwei waren merkwürdiger Weise durch Fremdkörperaspiration complicirt. Schwere Erscheinungen ruft der Durchbruch der Drüsen in die Luftröhre hervor (Koch). Zytowitsch eröffnete mit dem Röhrenspatel einen in die Trachea vorgewölbten Drüsenabscess.

Auch einfache Induration der Drüsen wirkt gelegentlich deformirend auf die Luftröhre. Näheres haben wir auf tracheoskopischem Wege neuerdings durch Gerber und Guisez erfahren. Gerber fand bei einem 43jährigen Manne einen kleinen fingerdicken, zapfenartigen, graurothen Tumor im Bereiche der Carina. Es handelte sich um eine grosse anthrakotische Drüse, welche die Bronchialwand durchbrochen und die Knorpel zur Usur gebracht hatte. Ueber dem Tumor bemerkte man eine grosse, pigmentirte strahlige Narbe, offenbar von einem früheren Durchbruch herrührend. In Guisez's Fall war die Trachea durch Drüsen von hinten nach vorn comprimirt.

Am häufigsten gelangen in der Trachea Carcinome zur Beobachtung und zwar sowohl primäre (Tetens Hald), als auch secundäre nach Pharynxcarcinom (Botella) oder Uteruscarcinom (Döderlein). Mediastinaltumoren beschreiben Schlemmer und Caboche. Der Tumor des ersteren war ein Lymphosarkom der Thymus und hatte die Trachea durchwachsen. Die Geschwulst von Caboche hat offenbar aus dem Mediastinum die Luft- und Speiseröhre durchbrochen.

Ueber Fremdkörper der Trachea haben eine ganze Reihe von Autoren berichtet. Leider konnten einige Arbeiten nicht verwerthet werden, weil die Referate nicht ausreichten. Auch ist in einer ganzen Reihe von Fällen die Natur des Fremdkörpers nicht angegeben. Dies sind allein 30. Die obere Tracheoskopie kam in 31, die untere in 5 weiteren Fällen zur Beobachtung, so dass wir im ganzen über 65 Fälle berichten können. Bei weitem die meisten wurden glücklich von oben extrahirt. Dabei handelt es sich, wie immer, in der Mehrzahl der Fälle um Kinder. Das jüngste war 9 Monate alt. Nur in zwei Fällen werden posttracheoskopische subglottische Schwellungen erwähnt. Die Art der Fremdkörper war eine sehr differente. Ausser

Nadeln, Gräten, Fruchtkernen, Metallhaken, Gebissplatten, sei auch ein Blutegel sowie das Stück eines Schrötter'schen Rohres und eine Intubationscanüle, welche beim Extubiren in die Luftröhre gerutscht war, besonders erwähnt. Es befindet sich auch ein Fall darunter, bei welchem bei der Operation in Narkose ein Stück Rachentonsille aspirirt worden war (Guisez). Trotz der schweren Athemnoth gelang die Extraction von oben. Makuen hat in der Trachea eine Sicherheitsnadel geschlossen und dann extrahirt. Die untere Tracheoskopie wurde in 5 Fällen zur Entfernung von Canülenstücken, Agraffen und einem Pflaumenkern mit bestem Erfolg ausgeführt.

Manche Autoren haben ganze Serien von Fremdkörpern tracheoskopisch entfernt. So Segura, Holmgren, Lens, Mink, Guisez und andere. Unglücksfälle scheinen sich keine ereignet zu haben.

Die obere und die untere Bronchoskopie.

Wesentliche Verbesserungen hat die Technik der Bronchoskopie in den letzten zwei Jahren nicht erfahren. Die Fortschritte beziehen sich meistens auf das Instrumentarium. Einiges wird bei der Oesophagoskopie noch erwähnt werden.

Für die Untersuchung von kleinen Kindern habe ich zur Vermeidung von subglottischen Schwellungen einen Satz von besonderen Röhren angegeben. Das System der Verlängerung des Röhrenspatels mittelst eines durchgeschobenen Rohres musste der engen Raumverhältnisse des subglottischen Gebietes wegen aufgegeben werden. Ich verwandte nur ein einfaches möglichst dünnwandiges Rohr, das vorne zur Vermeidung von Kratzeffekten gut abgerundet war. Die Einführung geschieht mittelst eines hohlen Mandrins vorsichtig durch den subglottischen Raum. Die Weite desselben wurde zuerst an frischen Kehlköpfen von Kinderleichen mittelst durchgeführter Bolzen genau bestimmt und danach die Weite der bronchoskopischen Röhren gewählt. Ich blieb jeweils $1—^1/_2$ mm hinter der zulässigen Weite zurück. Die Untersuchungen ergaben, dass die Weite des subglottischen Raumes in viel innigerer Beziehung zur Körperlänge, als zum Alter der Kinder steht. Deswegen ist auf jedem Rohr verzeichnet, für welche Körperlänge es passt. Meine bisherigen Erfahrungen mit diesen Röhren waren alle günstig. In neuerer Zeit habe ich sie etwas länger gemacht.

Das bronchoskopische Rohr versah Neumann mit einem Nebenröhrchen, durch welches das Chloroform eingeblasen wird. Zur Zerstäubung von Flüssigkeiten innerhalb der Trachea und der Bronchien gab Ephraim besondere Instrumente an. Brünings empfiehlt einen Bronchialschützer, der zwei Kränze von Borsten trägt und vor der Extraction in den gesunden

Bronchus eingeführt wird, um die Aspiration des Fremdkörpers auf die andere Seite zu verhindern. Von Viren enthält der Fischer'sche Katalog eine neue Nadelzange und einen neuen Nadelbrecher. Für Gebissplatten gab Kahler ein besonderes Zerkleinerungsinstrument an. Die Secrete sucht Yankauer dadurch zu entfernen, dass er am Rohrende einen Bläser rechtwinklig anbringt, der mit einer halben bis zwei Atmosphären Ueberdruck arbeitet. Einen neuen Untersuchungsstuhl verdanken wir Lens, Kahler einen hochstellbaren Untersuchungstisch, der dem Untersucher erlaubt, im Stehen in das Rohr zu sehen.[1])

Hinsichtlich der Verwendung der Narkose habe ich das Nöthige schon bei der directen Laryngoskopie erwähnt. Die Einführung des Rohres geschieht in verschiedenen Körperhaltungen, nach meiner Ansicht am besten am narkotisirten Patienten in linker Seitenlage. Wenn nöthig, dreht man ihn dann auf den Rücken. Johnston und Hill stellen den Larynx zuerst mit dem Spatel ein und führen dann das Rohr ein. So habe ich es in der allerersten Zeit der Bronchoskopie auch gemacht. Paunz bevorzugt die sitzende Haltung bei Kindern in der Narkose und legt die Kinder dann eventuell um.

Ein Bronchialdivertikel wird von Kahler beschrieben. Scoloff gelang es, eine Bronchialblutung mit bronchoskopischer Anwendung von Adrenalin zu stillen. Die Blutung war durch einen aspirirten und bald wieder ausgehusteten Knochen entstanden und stammte aus dem linken Bronchus.

Aus dem Gebiete der acuten Infectionskrankheiten finde ich die Mittheilung von Oppikofer beachtenswerth, dass bei Scharlach die nekrotisirenden Entzündungen in seltenen Fällen bis in die Bronchien reichen. Die chronischen Bronchialkatarrhe erfahren durch die Spraybehandlung Ephraim's bedeutende Besserungen. Guisez behandelte eitrige und fötide chronische Bronchitis mit huile gomélonée und hatte dabei gute Erfolge. Auch bei Bronchiektasien soll Novocain-Adrenalin-Spraybehandlung nutzen (Ephraim).

Aehnliche Veränderungen wie in der Trachea finden wir bei der Syphilis in den Bronchien. Hier kommen ebenfalls gummöse Verdickungen, Ulcerationen, Granulationen und Narbenstenosen vor (Finder, Jurasz, Denker, Cimenez). In dem Denker'schen Falle reichten die Narben und Ulcerationen, wie die Section ergab, bis zu den kleinsten Bronchien. Die Dilatationsbehandlung ergiebt bei syphilitischen Bronchialstenosen sehr günstige Resultate.

---

1) Zum Aufsuchen von Fremdkörpern mittelst Röntgenschirmes hat die Instrumentenfabrik von Scherer (Bern) einen sehr brauchbaren Tisch angegeben.

Zwei Fälle von skleromatösen Veränderungen der Bronchien und Dilatationsbehandlung mit dem Bronchoskopierohr erwähnte Wojatschek.

Von gutartigen Tumoren in den Bronchien nenne ich ein kleines Fibrom, welches den linken Bronchus verstopfte (Gereda) und einen Fall von E. Meyer, in dem leider die Natur des Tumors nicht genauer zu bestimmen war. Ein Bronchialcarcinom bei einem 23jährigen Mädchen beschreibt Ephraim.

Nicht allein die Trachea, sondern auch die Bronchien werden durch anthrakotische Drüsen comprimirt und deformirt. Die Anwesenheit solcher Drüsen giebt sich bronchoskopisch durch schwarze Narbenflecken zu erkennen, welche man in der Bronchialwand beobachtet (Mann). Wenn die anthrakotischen Drüsen verkalken, so bilden sich Steine, die in die Luftwege durchbrechen können und dann ausgehustet werden. In einem solchen Fall von Lungensteinen konnte ich bronchoskopisch die Stelle feststellen, an der der zuletzt ausgehustete Stein durchgebrochen war. Sehr bemerkenswerth finde ich, dass Rehn, wie Betke mittheilt, anthrakotische Drüsen, welche die Trachea und den rechten Hauptbronchus umlagerten, mittelst Mediastinotomia longitudinalis operativ entfernt hat, wodurch die Athemnoth, an welcher der Patient litt, wesentlich vermindert wurde.

Tuberculöse Lymphdrüsen brechen leicht in die Bronchien durch, wofür Koch ein prägnantes Beispiel anführt. Die Bronchialdrüsentuberculose fand in neuerer Zeit durch Silbermann eine gute zusammenfassende Darstellung. Menzel sah die Theilungsstelle der Luftröhre und die medialen Wände beider Bronchien durch Einwirkung von Drüsen verbreitert und vorgewölbt.

Sehr bemerkenswerth sind die ausführlichen Mittheilungen von Kahler über die Vorhofscompressionen des linken Bronchus. Durch Vergrösserung des linken Vorhofs wird der linke Bronchus stärker auf die Seite gedrängt. Er kann sogar abgeknickt werden, denn dieser Bronchus liegt auf dem linken Vorhof wie auf einem Kissen. Kahler hat 11 hierhergehörige Fälle bronchoskopisch untersucht.

Auf dem Gebiete der Fremdkörper in den Bronchien hat sich wieder eine lebhafte Bewegung gezeigt. Es ist eine bemerkenswerthe Thatsache, dass in den letzten 14 Jahren mehr Bronchialfremdkörper publicirt wurden wie in dem ganzen Jahrhundert vorher. Man achtet jetzt vielmehr auf Fremdkörperaspirationen. Man glaubt mehr an die Anwesenheit der Fremdkörper, auch wenn nur geringe Zeichen vorhanden sind. Man findet sie leichter, wenn das Röntgenbild positiv ausfällt. Man sucht eifriger nach ihnen. Man hat den Werth einer guten Fremdkörperanamnese mehr zu schätzen gelernt. Die Aerzte führen die Fälle viel häufiger dem Specialisten zu. Leider gehen doch noch viele Patienten an Fremdkörpern zu Grunde,

wie gelegentliche Sectionsberichte zeigen. Auch werden oft acute und chronische Lungenleiden durch Fremdkörper herbeigeführt, deren Anwesenheit nicht beachtet wird. Die Wirkung der aspirirten Fremdkörper hat Wojatschek experimentell studirt. Die Schwierigkeiten aber erwiesen sich als sehr grosse, sodass vorläufig noch nicht viel bei diesen Experimenten herauskam.

Dass die Bronchoskopie zum Nachweis von Fremdkörpern viel werthvoller ist als die Röntgenuntersuchung, zeigt eine Arbeit v. Eicken's. Wir ersehen daraus, wie oft die Röntgenuntersuchung negative Resultate ergiebt. Von 40 Fällen mit Knochenaspiration waren nur 4 im Röntgenbild positiv. Auch metallische Fremdkörper können sich vor dem Röntgenschirm verbergen.

Die mittelst der bronchoskopischen Extraction erzielten Heilerfolge zeigt in sehr günstigem Licht die Zusammenstellung von Guisez. In 22 eigenen Fällen erzielte er 20 Heilungen. Nur zwei starben trotz der Extraction an präbronchoskopischen Lungencomplicationen.

Aus den letzten beiden Jahren konnte ich 128 Fremdkörperfälle zusammenstellen, welche mit oberer Bronchoskopie behandelt wurden. Dies sind aber keineswegs alle. Eine ganze Reihe konnte, weil ungenügend beschrieben oder referirt, nicht berücksichtigt werden. Und wie viele mögen nicht publicirt worden sein, meiner eigenen gar nicht zu gedenken.

Unser Material stammt von vielen verschiedenen Laryngologen aus aller Herren Länder. Einzelne Namen anzuführen, würde sich kaum lohnen. Sie werden, soweit erforderlich, im Folgenden citirt.

Manche Autoren haben neue und alte Fälle vermengt dargestellt, so dass es nur bei einer Gesammtbearbeitung aller Fälle möglich sein wird, genau zu sichten.

Was alles beobachtet und extrahirt wurde, könnte ein kleines Museum füllen. Ich erwähne 15 Fälle von Nadeln verschiedenster Art, von der einfachen Näh- und Stecknadel bis zur Haar-, Krawatten-, Tuch- und Hutnadel. Metallische Körper waren es 21, darunter Nägel, Agraffen, Eisenfeilspähne, Münzen, Bleistiftschützer, Gebissplatten, Pfeifchen, 2 Intubationsröhren und ein offenes Federmesser (Guisez). Dazu kommen eine Cigarrenspitze, ein Stück eines Bleistiftes, eine Puppe aus Celluloid.

Knochenstücke sind in 25 Fällen beobachtet worden, in einem Falle zwei bei demselben Patienten.

Eine besondere Abtheilung bilden die Zähne, Zahnfragmente, Cement- und Goldkronen. Es folgen Perlen, Knöpfe, ein Kork, ein Wattetampon.

Besonderes Interesse verdienen die Rachentonsillenstücke, welche bei der Adenoidenoperation in Narkose aspirirt worden waren (Guisez).

Aus dem Pflanzenreich habe ich alle möglichen Fruchtkerne: harte,

bröckelnde, weiche und quellbare zu erwähnen (42). Etwas schwierig haben sich die Kaffeebohnen erwiesen; auch die Pflaumenkerne. Viel Sorgen und Mühe haben wieder 12 aspirirte Bohnen verursacht und trotz allem einige üble Ausgänge herbeigeführt.

Die überwiegende Zahl der Fremdkörper betrifft Kinder (von 79, in denen das Alter angegeben ist, 54, also $^2/_3$). Besonders stark tritt in der Statistik das Alter von 6 Jahren abwärts hervor. Unter 1 Jahr zähle ich 5 Fälle. Das jüngste Kind war 3 Monate alt. Es folgen solche mit 6, $8^1/_2$, 9 und 11 Monaten. Etwa 1 Jahr alt waren 7. $1^1/_2$ Jahre: 5, 2 Jahre: 5 Kinder. Der älteste Patient zählte 60 Jahre.

Die meisten kamen in den ersten Tagen zum Arzt. Doch hatten manche Fremdkörper Wochen (8), Monate (8) und 1—3 Jahre (5) in den Bronchien gesteckt.

Die rechte Lungenseite herrschte wieder vor (55), doch war auch der linke Bronchus reichlich bedacht (36). 3 Mal ist der Fremdkörper von einer auf die andere Seite gewandert; in einem Fall erst nach $^5/_4$ Jahren.

Die Röntgenuntersuchung hat sich wieder bei vielen Fremdkörpern als negativ erwiesen, insbesondere auch bei fast allen Knochen, Pflaumenkernen etc.

Die Extraction gelang mit der oberen Bronchoskopie von 128 Fällen in 106 ganz, in 7 weiteren in Bezug auf Stücke des Fremdkörpers. Der Rest wurde ausgehustet oder mit unterer Bronchoskopie entfernt.

In einem Falle veranlasste die zurückgebliebene Nadel (deren Rosette glücklich extrahirt worden war) Haemoptoe und Tod. 3 Mal kam es nicht zur Extraction, weil der Fremdkörper, nachdem er gesichtet worden war, ausgehustet wurde. Mehrere Male war der Fremdkörper zu gross, um direct durch den Larynx extrahirt werden zu können. Die Möglichkeit der Extraction war auch ausgeschlossen in einem Fall, in dem über die ganze Lunge zerstreute Nusstheilchen zu zahlreichen kleinen pneumonischen Herden geführt hatten. Patient starb.

Von den 12 Bohnen haben 5 den Tod herbeigeführt. Drei fielen bei dem Extractionsversuch auf die gesunde Seite und bewirkten Erstickung, weil die kranke nicht mehr athmen konnte. Zwei Kinder gingen trotz Aushustung, bezüglich nach Extraction mit unterer Bronchoskopie an schon vorher bestandener, also praebronchoskopischer Pneumonie zu Grunde. Auch eine Kaffeebohne fiel auf die andere Seite und führte den Tod herbei. Ein Nusskern, der den Exitus veranlasste, war von oben nicht gefunden worden. Zwei Kirschkerne und Perlen bereiteten Schwierigkeiten und konnten von oben nicht entfernt werden, ebenso ein Zwetschgenkern. Die bewegliche Perle machte einen Erstickungsanfall und nöthigte zur Tracheotomie. Im Ganzen betrug die Zahl der Todesfälle 11.

Es will viel bedeuten, wenn von 128 Fremdkörpern der Bronchien 117 mit oberer Bronchoskopie zu einem guten Ende kamen. In Procenten betrug die Zahl der Todesfälle 8,7 gegen 9,6 in den Jahren 1909/11 und 13 pCt. in den früheren (304) Fällen. In der laryngoskopischen Zeit zählte man 30 pCt. und vordem 52 pCt. Todesfälle.

An üblen Folgen erwähne ich: 3 Mal subglottische Schwellungen bei kleinen Kindern, welche die Tracheotomie oder Intubation nöthig machten. 1 Mal entstand nach schwierigen Extractionsmanövern ein Pneumothorax, der aber wieder zur Ausheilung kam.

Ausser bei Bohnen sind auch sonst noch Pneumonien beobachtet worden in 6 Fällen, jedoch kamen diese alle zur Heilung. Ein Stück Feige bewirkte einen Lungenabscess und führte zum Tode. 1 Mal ereignete sich eine Blutung bei einer Knochenextraction. Sie kam wieder zum Stehen.

Von den Extractionen ist zu beachten, dass eine Nadel in der Mitte gefasst und ins Rohr gezogen wurde, eine andere eingespiesste musste zuerst zurückgeschoben, die Zahnkrone aus Gold musste gedreht werden. Bei einem Knochenstück gelang die Extraction durch Ansaugen.

Untere Bronchoskopie bei Fremdkörpern.

Im Ganzen konnten 61 Fälle zusammengestellt werden. Darunter Nadeln (3), Nägel (4), Messinghaken, Schuhösen, eine Glaskugel mit Haken, eine Cigarrenspitze, eine Gummiblase mit Mundstück, eine Bleistiftkappe. Ferner Knochen (4), Canülenstücke (6), Glasperlen (3), ein Stück Kork, eine Eierschale, ein Pflaumenkern, Kirschenkerne (2), eine Kaffeebohne, Mandeln- und Nussstücke (2), Sonnenblumenkerne (4), Kürbiskerne (5), Melonenkerne (3), Fichten- und Johannisbrotkerne (2), eine Erbse, neun Bohnen, ein Apfelgehäuse, eine Pflanzenhülse.

Unter diesen Fällen befinden sich 33 Kinder und nur drei Erwachsene. Sechs Patienten waren Canülenträger, von den übrigen waren zehn wegen Athemnoth tracheotomirt worden. Bei einem musste die Trachea eröffnet werden, weil der Fremdkörper zu gross war und nicht durch den Kehlkopf hindurchging. Bei elf hatte die obere Bronchoskopie nicht, bei zwei nur theilweise zum Ziele geführt. Es musste daher die untere Bronchoskopie versucht werden. In einem Falle bekam Patient bei der oberen Bronchoskopie einen Erstickungsanfall und bedurfte des Luftröhrenschnittes.

Der Fremdkörper sass 24 Mal im rechten und 18 Mal im linken Bronchus. Die Extraction gelang 40 Mal glatt und 4 Mal nur theilweise, d. h. es wurden nur Stücke entfernt. Bei den Extractionsmanövern wurde der Fremdkörper ausgehustet 2 Mal, eine Zeit lang später 2 Mal. Die Extraction misslang 4 Mal, 3 Mal wurde nichts mehr vorgefunden.

Ein von Kümmel beobachteter Fall kam mit einem Pneumothorax an, der draussen durch Extractionsmanöver im Blinden (von der Tracheotomiewunde aus) entstanden war, eine Warnung für solche, welche das Vorgehen unter Führung des Auges für unnöthig halten.

Gestorben sind im Ganzen 11 Kinder (von 61) = 18 pCt. Dieser Procentsatz ist doppelt so hoch, wie der bei der oberen Bronchoskopie beobachtete. Es ist das nicht zu verwundern, denn eine Reihe von schwierigen Fällen bleibt stets der unteren Methode vorbehalten.

Von zwei Bohnenkindern starb eines an praebronchoskopischer Pneumonie; das andere kam schon moribund auf den Operationstisch und starb, bevor der gesuchte Bohnenrest heraus war. Der schon genannte Pneumothoraxfall von Kümmel hatte einen Kürbiskern im linken Bronchus und kam zum Exitus trotz gelungener Extraction. Aehnlich ging es mit einem Melonenkern. Ein Kind starb an der Aspiration einer Pflanzenhülse, welche auch mit der unteren Methode nicht gefunden worden war.

Dass eine Erbse bei einem Erwachsenen schwere Athemnoth und schliesslich den Tod herbeiführen kann, sollte man nicht für möglich halten. Und doch musste ein Patient von Sargnon an einer aspirierten Erbse zu Grunde gehen. Er war Phthisiker und konnte nur noch mit seinem rechten Unterlappen athmen. In diesen aber war die Erbse begreiflicherweise aspirirt worden. Die hochgradige Athemnoth zwang alsbald zur Tracheotomie. Eine durch die Bronchoskopie entstandene Excoriation in der Trachea führte zu einer heftigen Blutung und beschleunigte den Exitus.

Ein Nagelfall starb 11 Tage nach gelungener Extraction noch an Pneumonie. Ein zweiter ähnlicher Fall kam zum Exitus dadurch, dass bei der Extraction der Nagel in den linken Bronchus fiel.

Wojatschek's Fall starb an Pneumonie, nachdem der Metallkörper $2^1/_2$ Monate im linken Bronchus gesteckt hatte und die Extractionsversuche sich als vergeblich erwiesen hatten. Paunz verlor ein Kind mit einer Bleistifthülse an Erschöpfung. Besonders unglücklich verlief ihm ein Fall mit einer Cigarrenspitze im Bronchus. Bei der Extraction hatte das spitze Ende der Cigarrenspitze sich in die Trachea eingespiesst, was Emphysem, eine Hautphlegmone und eine tödtliche Mediastinitis zur Folge hatte.

Rechnen wir obere und untere Bronchoskopie zusammen, so ergeben sich 10 pCt. Todesfälle.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass das Gesammtresultat noch wesentlich verbesserungsfähig ist. Vor allem wird es beeinflusst durch die vielen übel ausgegangenen Bohnenfälle. Wenn man darauf dringt, dass bei Bohnen so rasch als möglich und stets mit Tracheotomie vorgegangen wird, so brauchen die meisten dieser unglücklichen Kinder nicht zu sterben. Die obere Bronchoskopie ist bei Bohnen nur zulässig, wenn man sie ein paar

Stunden nach der Aspiration ausführen darf. Die Bohne ist dann noch klein, hart, nicht gequollen und lässt sich leicht entfernen, wie ein Fall von Paunz lehrt.

Die von Pieniazeck und Novotny inaugurirte Asthmabehandlung mit oberer Bronchoskopie und Einpinselung bezüglich Einsprayen von Cocain und Adrenalin in die Bronchien hat in den letzten Jahren einen grossen Aufschwung genommen. Man beschäftigt sich jetzt allgemein damit und sammelt Erfahrungen. Es liegen eine ganze Reihe von Mittheilungen vor (Mahler 27 Fälle, Freudenthal 11 Fälle, Erbrich, v. Schrötter, Yankauer, Kafemann, Galluser, Heilkow, Sobernheim etc.). Viele, wie ich selbst, haben ihre Erfahrungen noch nicht mitgetheilt. Wir verdanken diesen grossen Aufschwung den anregenden Arbeiten von Ephraim, der unermüdlich für die Adrenalinspraybehandlung Propaganda macht und auch durch wissenschaftliche Studien Klarheit in die Frage der Adrenalinwirkung und des Asthmas überhaupt zu bringen sucht.

Um dem Kranken die öftere Einführung des Rohres zu ersparen, hat er eine biegsame Röhre empfohlen, welche durch die Glottis zu den Bronchien hinabgeleitet wird und bei passender Körperhaltung in den rechten oder linken Bronchialbaum gelangt.

Aus der grossen Zahl von behandelten Fällen konnte Ephraim 88 längere Zeit weiterverfolgen. 16 zeigten keine Dauererfolge. In 72 aber ergaben sich befriedigende Resultate.

Von 48 Patienten waren rezidivfrei:

nach $1^1/_2$—3 Monaten	3
nach 3—6 Monaten	12
nach 6—9 Monaten	9
nach 12—18 Monaten	10
über 18 Monate	8

Von diesen Kranken waren

7 nur 1 mal
6 nur 2 mal
5 nur 3—4 mal gesprayt worden.

Die Erfolge sind also sehr vielversprechend. Dies will um so mehr bedeuten, da es sich um ein Leiden handelt, dem auf andere Weise sehr schwer beizukommen ist. Am wenigsten günstig sind nach Ephraim die Fälle mit nervösen Componenten. Die andern Autoren haben ebenfalls im allgemeinen Befriedigendes zu verzeichnen. Freudenthal hat 8 geheilt und 3 gebessert. Mahler hat von 27 nur 5 geheilt und 10 gebessert (mit 2—6 maliger Behandlung), bei 12 keinen Erfolge.

Wie es scheint, darf man mit der Adrenalindosis nicht zu zaghaft sein;

10—15 Tropfen einer 1prom. Lösung dürfen beim Erwachsenen eingesprayt werden.

Dass das Adrenalin der heilende Faktor ist, beweist seine ausgezeichnete Wirkung gegen den Anfall bei subcutaner Injection. Nach Ephraim bringt diese Substanz die kleinen und kleinsten Gefässe in den Bronchien zur Contraction, beseitigt Hyperaemie, Stauung, Secretanhäufung und macht die Wege frei. Nach seinen neuesten Beobachtungen verändert sich auch die Schleimhautoberfläche durch reichliche Abstossung des Flimmerepithels. Vielleicht ist darauf die Dauer der Wirkung zurückzuführen. Nach eigenen Erfahrungen kann ich den Adrenalin-Novocainspray warm empfehlen.

Bronchoskopie und Lungenkrankheiten.

Die Erkrankungen der Lunge, insbesondere auch die acuten, müssen die Bronchoskopie nicht contraindiciren. Die Erfahrungen mit den Fremdkörpern der Bronchien haben gelehrt, dass man bei schweren acuten Bronchitiden mit reichlichem flüssigem, eitrigem, fötidem Secret bronchoskopiren darf, ohne Schaden anzurichten. Ja selbst bei pneumonischer Erkrankung wird die Untersuchung ertragen. Greene Crosby hat bei zwei Pneumonikern nach Fremdkörpern bronchoskopisch gesucht, ohne zu schaden.

Bei der Lungengangrän verspricht die Einträufelung von Gomenolöl gute Erfolge. Guisez empfiehlt es warm und behauptet, damit wesentliche Besserungen und selbst Heilungen erzielt zu haben. Auch Lereboullet erzählt von einem solchen Fall.

Guisez hat sich, wie es scheint, auf Einträufelung des Oels in die Trachea mit der Spritze unter Leitung des Spiegels beschränkt. Es werden auf einmal 10 (bis 20) ccm eingebracht. Es war eine Reihe solcher Applicationen nöthig. Anstatt des 5- bis 10 proc. Gomenolöls würde auch eine Mischung mit Guaiacolöl zu gleichen Theilen verwandt. Das Hineinlaufen der Substanzen in die rechte oder linke Lunge sucht man durch entsprechende Körperhaltungen zu begünstigen. Es ist klar, dass die directe Tracheo- und Bronchoskopie hier nützlich werden kann. Auch beim Lungenabscess versucht Guisez diese Behandlung.

Bei Lungenechinokokken hat die Bronchoskopie noch nicht viel Gelegenheit zur Verwerthung gefunden, und doch könnte sie einiges leisten, zumal die Blasen recht häufig in die Bronchien perforiren. Diagnostisch leistet allerdings das Röntgenbild schon sehr Gutes. Man sieht ring- und scheibenförmige Zonen. Es dürfte doch wohl möglich sein, mit dem Bronchoskop Veränderungen festzustellen und das Platzen der Blasen zu begünstigen oder herbeizuführen.

Bei den Lungengeschwülsten wird wohl mehr bronchoskopirt worden sein, als die Literatur zeigt. Ich verfüge auch über einige nicht publicirte Fälle. Am meisten hat Ephraim berichtet. Nach Garrè und Quincke kommen auf 11000 Sectionen 31 primäre, 135 metastatische Lungencarcinome.

Die Lungentumoren sind häufiger, als man gewöhnlich annimmt (Garrè und Quincke). Die meisten gehen von den Bronchien aus. Die Diagnose wird nur in einem Theil der Fälle gestellt. Die Bronchoskopie muss das ändern. Ephraim sah 2 Carcinome, eines im rechten, das andere im linken Bronchus bei einem Mädchen von 23 Jahren, ein metastatisches (vom Uterus aus) Endotheliom im linken Bronchus und einen Amyloidtumor in der Bifurcationsgegend.

Auf diesem Gebiet giebt es noch viel zu thun. Ebenso auf dem der Lungenchirurgie, wo die Bronchoskopie noch gar nicht nennenswerth herangeholt wurde, es sei denn zur Einführung des Katheters bei der Meltzerschen Narkose. Wir müssen, da die Fälle meist nicht direct zu uns kommen, unsere Hilfe mehr anbieten. Bronchoskopie und Probeexcision können rasch Aufklärung und Frühdiagnosen herbeiführen.

Die Oesophagoskopie.

Die Oesophagoskopie hat in den letzten beiden Jahren eine weitere Ausgestaltung erfahren.

Die Lehre von den Krankheiten der Speiseröhre und ihrer Behandlung wurde durch vielfältige Arbeit wesentlich gefördert. Auch haben wir ausführliche lehrbuchmässige Darstellungen erhalten, so von Lémaitre, Hill, Einhorn, Starck und insbesondere von Krauss und Ridder. Ihre zweite Auflage bringt die Speiseröhrenerkrankungen mit erschöpfender Verwerthung der pathologischen Anatomie. Wir können uns da sehr viel Wissen holen.

Was die Oesophagoskopie im Speciellen angeht, so hat Guisez zusammenfassend über 930 Untersuchungen, Gottstein über 1100 berichtet. Die Ausführung erwies sich nur in 1 bis 2 pCt. unmöglich. 3 Patienten Gottstein's sind an Perforationen, welche sich durch Hautemphysem anzeigten, gestorben. Jackson giebt 3pCt. Todesfälle bei Fremdkörpern und grossem Material an, für die einfache ösophagoskopische Untersuchung 1pCt.

Das ösophagoskopische Instrumentar wurde von Gottstein eingehend historisch dargestellt. Auch Lémaitre beschäftigt sich mit der Geschichte der Methode.

Die Beleuchtung wird von den verschiedenen Schulen in der bekannten Weise gehandhabt. Eine warme Empfehlung liess neuerdings Aach der Innenbeleuchtung angedeihen. Er giebt eine Beleuchtungsprobe auf photo-

graphischem Papier (in der Dunkelkammer aufgenommen), die anscheinend zu Gunsten der Innenbeleuchtung spricht.

Die ösophagoskopischen Röhren.

Die Brünings'schen Röhren beherrschen das Feld nach wie vor. Doch haben einzelne Aerzte Neuerungen versucht, die sich wohl kaum allgemein einbürgern werden. Hill construirte ein langes conisches, seitlich geschlitztes Rohr, welches oben reichlich weit ist und excentrisch am Stiel sitzt. Diese Anordnung erlaubt, mit den Zangen neben dem Beleuchtungsspiegel des Brünings'schen Handgriffes vorbeizugehen. Solche Röhren sind auch auf Verlängerung eingerichtet. Durch dieselben kann ein Rohr von entsprechendem Caliber geführt werden. Der Stiel gleitet durch den Schlitz des primären Rohres abwärts.

Optik haben bei der Oesophagoskopie nur Glücksmann und Lewinsohn beibehalten. Der letztere glaubte auf die alten Nitze-Leiter'schen Winkelrohre zurückgreifen zu müssen mit dem Unterschied, dass er Aussenbeleuchtung anwandte.

Der grosse praktische Werth der Erweiterung des Oesophagus bei der Entfernung voluminöser Fremdkörper wurde erst neuerdings anerkannt. Glücksmann hat schon lange an seinem Instrument vorn einen Ballon, der mit Wasser gefüllt den Oesophagus dilatirt. Brünings gab ein speculumartig dilatirbares Instrument an. Killian modificirte diese Form; ihm folgten Hill und Tapia. Den schon von Brünings empfohlenen Modus der Aufblasung des ganzen Oesophagus hat Aach als besonders nützlich bezeichnet.

Speciell zur Fremdkörperextraction gab Mosher einen Tubus an, der zugleich als Zange dient. Corbin verwandte zu demselben Zweck ein Doppelrohr; das Innenrohr trägt federnde Krallen, die durch Vorschieben des Aussenrohres geschlossen werden.

Botey glaubte die Einführung des oesophagoskopischen Rohres dadurch erleichtern zu können, dass er das Rohr mit einem Mandrin versah, der den Durchblick erlaubte und vorne mit Glas halbkuglig abgeschlossen war.

Erwähnt seien noch Instrumente von Mosher zum Zerschneiden von Zahnplatten und Schliessen von Sicherheitsnadeln, sowie ein Münzenextractionshaken von Botey.

Zur Ausführung der Oesophagoskopie verwendet Jackson bei kleinen Kindern im allgemeinen weder Narkose noch Cocain. Nur in besonderen Fällen macht er davon Gebrauch. Auch Johnston fängt erst bei Kindern über sechs Jahren damit an. Er führt sein Rohr unter Leitung des directen Laryngoskops von Jackson in den Oesophagus. Botella stellt sich hinter den Patienten, drückt mit dem graden Spatel die Zunge nach vorn und

leitet so das Rohr in den Oesophagus. Den Verzicht auf den Mandrin hat Wojatchek als besonders nützlich bei Fremdkörpern empfunden.

Wenn man die Ergebnisse der oesophagoskopischen Untersuchungen der Lehre von den eigentlichen Erkrankungen der Speiseröhre gegenüberstellt, so ergiebt sich, dass vieles am Lebenden noch nicht oesophagoskopisch festgestellt wurde, was die pathologische Anatomie und die Klinik beschreibt. Es ist daher unsere Aufgabe, unsere Kenntnisse über alle möglichen Vorkommnisse thunlichst zu bereichern, damit wir an unsere Untersuchungen genügend vorbereitet herantreten. Auch die einfachen Sectionsbefunde verdienen unsere Aufmerksamkeit. So hat Schlaefke gefunden, dass Oesophagusblutungen nicht ausschliesslich bei Störungen im Pfortaderkreislauf vorkommen. Auch einfache Erosionen der Speiseröhrenschleimhaut können schwere letale Blutungen veranlassen, die manchmal schleichend erfolgen. Brenner sah eine Fissur im Oesophagusmund, Glücksmann einen Herpes der Cardiagegend, Gottstein einen Ulcus pepticum. Oppikofer fand unter 128 Scharlachsectionen 15 mit Scharlachdiphtherie im Oesophagus, davon 3 ohne gleichzeitige Pharynxerkrankung. Die 15 Patienten waren zumeist Kinder aus dem ersten Lebensjahr, vorwiegend war der obere Speiseröhrenabschnitt befallen, doch blieb auch die Cardia nicht verschont. Bei einem $1^1/_2$jährigen, nach abgelaufenem Scharlach an Pneumonie gestorbenen Kinde fand man neben nekrotischen Stellen auch feine Narben im Oesophagus. Bleibt ein solches Kind am Leben, so können sich Narbenstenosen ausbilden (Sargnon) und darüber kann es noch zu einer Dilatation kommen. Auch die reine Diphtherie befällt die Speiseröhre (Rolleston, Réthi, Sargnon). Die vernarbenden Geschwüre stenosieren den Weg.

Subacute und chronische Abscesse wurden mehrfach beobachtet. Roure sah einen mit Reccurrenslähmung complicirten Fall. Der Abscess wurde durch das Rohr geöffnet. Auch Albrecht erzielte durch Spaltung eines wahrscheinlich nach Erysipel entstandenen hochsitzenden Abscesses Heilung. Kubo hat in einem derartigen Falle 16 mal die Punktion ausgeführt und schliesslich Heilung erzielt. Der Abscess comprimirte die Trachea so stark, dass die Tracheotomie nöthig war. Gottstein erlebte nach einem Punktionsversuch am 8. Tage Tod an Mediastinitis.

Dass auf dem Boden einer Verätzungsstrictur eine Tuberculose sich entwickelt, dürfte zu den grössten Seltenheiten gehören (Letto).

Ueber die Syphilis der Speiseröhre wissen wir noch nicht viel. Sie kann Veränderungen machen, die für Carcinom gehalten werden. Schmiegelow erzielte bei einem derartigen Patienten durch Jodgebrauch Heilung. Walker Downie behauptet, öfter Syphilis im Oesophagus gesehen zu haben. In einem Falle von Schmiegelow hatte sich zwischen Speise-

und Luftröhre eine Fistel gebildet. Gottstein beobachtete ein Gumma im Antrum cardiacum.

An gutartigen Tumoren erwähne ich einfache Polypen, welche mit der Schlinge entfernt wurden (Morelli, Ollavarria). Ein Papillom des Oesophaguseinganges gewann allmählich die Charaktere eines Carcinoms. Tumorähnlich wölbte sich in Grabower's Fall eine peritracheale Lymphdrüse vor. Sie machte in der Speiseröhre eine kirschgrosse Prominenz. Schliesslich sei noch ein Myxom im unteren Oesophagustheil (Abran) genannt.

Dass die Carcinome in der Speiseröhre sehr häufig vorkommen, wissen wir schon lange. Guisez beobachtete unter 930 oesophagoskopischen Fällen 650 Carcinome, also $^3/_4$ der ganzen Zahl. Lémaitre unterscheidet eine ulcerirte, eine wuchernde und eine infiltrirte Form. Andere sprechen nur von wandständigen und ringförmigen Carcinomen. Ein tiefsitzendes Carcinom kann durch Drüsenmetastasen eine hochsitzende Stenose machen (Glücksmann). Mehrfach fand man das Carcinom in die Trachea durchgewachsen, indem es dort einen Tumor bildete. Sehr leicht entwickelt sich unter solchen Umständen eine oesophago-tracheale Fistel (Tetens Hald, Gerber). Ein hochsitzendes Carcinom kann Posticuslähmung veranlassen. Nach der Probeexcision erlebte Gottstein bei einem Cardiacarcinom Tod an Peritonitis.

In die Therapie des Speiseröhrenkrebses ist durch das Radium und Mesothorium neues Leben gekommen. Hill und Guisez haben damit Besserungen und anscheinend sogar Heilung erzielt. Wallace entfernte ein hochsitzendes Carcinom durch Operation. Danach trat Heilung ein.

Die verschiedenartigsten Vorgänge in der Speiseröhre verlegen den Weg oder machen dauernde Verengerungen. Die ösophagoskopisch vorgefundenen Stenosen bleiben manchmal hinsichtlich ihres Entstehungsgrundes dunkel. Manche Fälle können durch Scharlach und Diphtherie entstanden sein, insbesondere wenn sie kleine Kinder betreffen. Vielleicht gehört auch der Fall von Mosher hierher, bei dem am oberen Ende der Speiseröhre sich ein Diaphragma mit kleiner centraler Oeffnung gebildet hatte. Einen ganz analogen Fall habe ich selbst beobachtet.

Eine angeborene Atresie der Speiseröhre ist oft beschrieben worden, nicht aber, dass man, wie Lubliner ein solches Kind am zweiten Lebenstage ösophagoskopirt hat. Wie es scheint, führen die Entwicklungsstörungen nicht immer zu einem vollständigen Verschluss. Es kann sich auch eine Stenose ergeben (Sargnon und Payson Clark). Am häufigsten sind immer noch die Verätzungsstricturen, Guisez erwähnt allein 21 Fälle bei kleinen Kindern im Alter von 2—4 Jahren. Bei einem Kinde fand er 3 Stenosen nacheinander. Ausser Diphtherie, Scharlach, Pocken kommt

auch die Syphilis als narbenbildende Ursache in Betracht. Auch nach Oesophagoskopien können sich Narbenstenosen ausbilden. Wenn bei einer Verätzung der Speiseröhre die Wirkung in die Tiefe geht, so kommt es in der Umgebung zu Bindegewebswucherungen, bei deren narbiger Umwandlung die Speiseröhre verzogen wird.

Ist die Gastrostomie nothwendig gewesen, so können die Veränderungen in der Speiseröhre auch von unten her betrachtet werden. Für die Therapie ergeben sich daraus gewisse Vortheile. Auf die verschiedenartigen, sehr fein ausgearbeiteten Behandlungsformen der Narbenstenosen gehe ich nicht näher ein. Nur möchte ich mit Jackson vor der inneren Oesophagotomie warnen, welche doch gelegentlich auch den Tod veranlasst. Zur Dilatation mit elastischen Bougies gab Brünings eine Leitsonde an mit verstellbarer Scheibe, damit das Ende der Sonde vom Ende des Bougies entfernt bleibt. Sehr viel Erfolge sind mit Hilfe des verschluckten Fadens erzielt worden, der das Durchziehen von Oliven und Bougies nach der Gastrostomie von unten und von oben her erlaubt.

Eine besondere Form der Stenosirung der Speiseröhre wird durch die krampfartigen Contractionen des Oesophagusmundes und der Cardia bewirkt. Derartige Verengerungen treten nur periodisch auf und sind reflectorisch erregt durch die andrängenden Speisen. Doch beschreiben die französischen Autoren auch Fälle, in welchen zu dem Krampf eine Entzündung hinzukommt. Dadurch kann die Cardia dauernd verengt werden.

Es giebt auch Compressionsstenosen der Speiseröhre durch retrotracheale Strumen, Mediastinaltumoren und Aneurysmen. Was die letzteren angeht, so ist ihre Einwirkung auf die Speiseröhre von Corbin und von Vygodsky ösophagoskopisch beobachtet worden. Erwähnt seien noch die periösophagealen Lymphdrüsen, welche gelegentlich auch in die Speiseröhre durchbrechen können.

Es kann als Regel gelten, dass jede temporäre oder dauernde Verengerung der Speiseröhre, wenn sie lange genug dauert, eine Erweiterung des darüber gelegenen Abschnittes herbeiführt. Guisez fand in seinem dreifachen Stricturfall über jeder Strictur ein gedehntes Stück der Speiseröhre. Auch über carcinomatösen Stenosen kann sich, wie ich beobachtet habe, die Speiseröhre stark ausdehnen.

Der Oesophagospasmus führt bekanntlich zu einer partiellen Erweiterung des Hypopharynx, dem sogenannten Pulsionsdivertikel. Im Gefolge von Cardiospasmus dilatirt sich die ganze Speiseröhre im Laufe der Zeit. Neuerdings sind wieder enorme Dilatationen beobachtet worden (Kofler, Obakewitch, Heyrovsky). Der letztere giebt an, dass in seinem Falle durch Verschlucken von Luft die Luftröhre comprimirt wurde.

Erweiterungen der Speiseröhre durch einfache Atonie, wahrscheinlich

im Gefolge von Neuritis des Vagus (Krauss) kommen vor. Marshik zeigte, dass dabei die Röntgenuntersuchung die Peristaltik der Speiseröhre vermissen lässt. Beim Cardiospasmus ist nach Brünings die Peristaltik im Oesophagus abnorm gesteigert. Bei dieser Krankheit hat die Behandlung mit Dilatatorien vielfach gute Resultate erzielt.

Bekanntlich kann auch Narbenzug am Oesophagus partielle Dilatationen hervorrufen, die sogenannten Tractionsdivertikel. Man hatte sie bisher nur an der Leiche beobachtet. Neuerdings aber wurden von Frese zwei Fälle am Lebenden ösophagoskopisch festgestellt. In einem sass das Divertikel bei 20, im andern bei 25 cm an der vorderen Wand. Beides waren Frauen. Auch van Swieten beschreibt einen derartigen Fall. Man sah im Oesophagoskop auf der Seite der Speiseröhre bei 23 cm eine Oeffnung, aus der Speisereste herauskamen. Die Röntgenuntersuchung führte ebenfalls zum Nachweis des Divertikels. Es lag im Niveau des Sternums. Goris versuchte operativ einzugreifen. Der Patient starb jedoch am dritten Tage an Mediastinitis. Die Section ergab ein $^1/_2$ cm tiefes und 5 cm breites Divertikel, das an der hinteren Oesophaguswand mündete. Die Verwechslung mit einem Pulsionsdivertikel scheint mir nicht ausgeschlossen.

Fremdkörper in der Speiseröhre.

Eine unübersehbare Menge von Fremdkörpern wurde wieder mittelst der Oesophagoskopie aus der Speiseröhre entfernt. Auch in den letzten beiden Jahren sind wieder zahlreiche Fälle veröffentlicht worden. Es ist nicht allein das wissenschaftliche Interesse, welches die Autoren dazu drängt, sondern auch die Freude an der gelungenen Extraction und Ueberwindung von Schwierigkeiten. Sehr dankenswerth finden wir die Mittheilung vieler Autoren über Zwischenfälle und üble Ausgänge. Es zeigt sich daraus deutlich, wie viel durch unzweckmässiges Vorgehen im Blinden geschädigt werden kann, und dass das Manipuliren durch das Oesophagoskop nicht Jedermanns Sache ist. Uebung und Selbstzucht (um vor allen Dingen jeden Schaden zu vermeiden) haben leider da und dort zu wünschen übrig gelassen. So haben sich denn eine Reihe von üblen Folgen ergeben, und manchem Kranken wurde der verschluckte Fremdkörper zum Verhängniss.

Ueber die Häufigkeit von Fremdkörperfällen im Verhältniss zu anderen macht uns Guisez eine interessante Angabe. Er hat 930 mal ösophagoskopirt und dabei 54 Fremdkörper bearbeitet. Gottstein allein gab einen Ueberblick über 109 Fälle, welche aus früheren Jahren stammen. Solche aus der Casuistik vollständig auszuscheiden und dieselben nur auf die Jahre 1911/12 zu beschränken, war leider nicht möglich, weil eine Reihe von Mittheilungen nur summarische sind. Nach meiner Berechnung dürften

287 Fremdkörper in den Jahren 1911 und 1912 beobachtet worden sein. Bei einer grossen Zahl derselben ist leider nicht angegeben, worum es sich gehandelt hat. Sie sind nur einfach als Fremdkörper in der Speiseröhre geführt. Ich kann daher nur in 170 Fällen die Art des Fremdkörpers in Rücksicht ziehen. Gebissplatten und Geldstücke herrschen vor. Von den ersteren habe ich 54, von den letzteren 44 notirt. Die Knochenstücke stehen erst an dritter Stelle mit 25 Nummern. Metallische Körper verschiedenster Art zählte ich 15. Darunter ist so ziemlich alles vertreten, was sich verschlucken lässt. Unter den übrigen sehr verschiedenartigen Dingen sei eine Sicherheitsnadel erwähnt. Von Fischgräten wird siebenmal berichtet. Ein 10 Monate altes Kind hatte einen Kragenknopf verschluckt. Dieser erwies sich jedoch nicht so schwierig, wie die Kragenknöpfe in den Luftwegen.

Wenn auch die Kinder eine grosse Anzahl von Fällen geliefert haben, so sind doch auch alle übrigen Lebensalter reichlich vertreten bis zum 92. Lebensjahre. Die jüngsten Kinder waren 4 und 13 Tage alt. Bei weitem die meisten Extractionen sind glücklich gelungen. Jedoch ist auch eine ganze Anzahl von Fremdkörpern bei den Extractionsversuchen in den Magen gerutscht. Einige wurden ausgewürgt.

Im Oesophagus werden die Fremdkörper im Allgemeinen bei weitem nicht so lange ertragen, wie in den Luftwegen. Es sind daher Fälle, in denen sie sich in der Speiseröhre längere Zeit aufgehalten haben, selten. Der erwähnte Kragenknopf hatte 10 Monate lang, ein Hornknopf 14 Monate lang (bei einem 4jährigen Kinde) und eine Münze $3^1/_2$ Jahre lang in der Speiseröhre gesteckt.

Wenn ein Fremdkörper einige Zeit in der Speiseröhre verweilt, kann er in verschiedener Weise schädigend wirken. Vor allen Dingen kommt es zu Decubitus. Aus diesem kann sich eine Mediastinitis entwickeln, wie in dem Fall von Wojatchek. Brown Kelly erzählt von einem Geisteskranken, der eine ganze Reihe von Fremdkörpern verschluckt hatte: Eicheln, Erbsen, Knochenstücke etc. Trotz der oesophagoskopischen Entfernung ging der Patient an Lungengangrän zu Grunde, weil die Fremdkörper multiple Perforationen herbeigeführt hatten. In den Fällen von Guthrie und Schousboe hat die Gebissplatte nicht allein die Oesophaguswand perforirt, sondern auch eine tracheale Fistel gemacht. Fortschreitende Eiterung führte bei dem Patienten von Milligan zu einer Arrosion der Aorta und zu Verblutung. Unter 200 aus der Literatur zusammengestellten Fremdkörpern fand Lerch 2 Mal Perforation der Speiseröhre und der Aorta innerhalb 24 Stunden, 8 Mal denselben Vorgang nach 5—10 Tagen. Es handelte sich dabei um spitze Fremdkörper.

Als seltenes Ereigniss muss es bezeichnet werden, wenn ein in der

Speiseröhre verweilender Fremdkörper eine Recurrenslähmung macht. Sargnon berichtet von einem solchen Falle. Es handelte sich um eine Gebissplatte.

Bei der oesophagoskopischen Untersuchung und Extractionsversuchen entstehen leicht oberflächliche Abschürfungen. Sie verdienen keiner besonderen Beachtung und heilen von selbst. Handelt es sich aber um einen Hämophilen, so sollten sie ängstlich vermieden werden. Botey erlebte unter solchen Umständen starke Blutungen.

Mehrfach kamen gröbere Verletzungen zur Beobachtung (Claué, Kümmel, Guthrie, Yankauer etc.), welche bei Extractionsversuchen entstanden waren. Für die meisten dürfte der Münzenfänger verantwortlich gemacht werden. Bei einem solchen Manöver war der Fremdkörper, eine Münze, durch die Perforation unter die Schleimhaut geschoben worden. Die Muskelwand blieb offenbar unverletzt. Deswegen kam der Patient mit dem Leben davon. Die Extraction war erst nach Spaltung der Schleimhaut über der Münze möglich.

In dem Yankauer'schen Fall hatte der frühere Operateur die Speiseröhre durchbohrt und einen falschen Weg gemacht, zwischen dieser und der Wirbelsäule. Das Oesophagoskop schlug regelmässig die falsche Bahn ein. Erst nach vielen Schwierigkeiten gelang es, in die Speiseröhre selber einzudringen und den Fremdkörper (ein Metallstück) von dort zu entfernen. Wie zu erwarten war, wurde der Patient dadurch nicht gerettet. Auch ein 2jähriges Kind von Stanton starb an Verletzungen der Speiseröhre durch vorausgegangene Manipulationen. Dabei handelte es sich noch um die leichteste Art von Fremdkörpern, um eine Münze. Aehnlich liegen zwei Fälle von Kümmel und Claué. Die Fälle von Wojatchek und Milligan habe ich bereits erwähnt. Es kommen noch zwei weitere dazu, in welchen die Extraction nicht gelungen war und Mediastinitis entstand. Bei einem derselben hat auch die Oesophagotomie nicht geholfen.

Den wenigen misslungenen und übelverlaufenen oesophagoskopischen Extractionsbemühungen steht die grosse Zahl derjenigen gegenüber, welche vollen Erfolg geben, selbst nach Ueberwindung grosser Schwierigkeiten. Als besondere Leistung hebe ich die intraoesophageale Zerlegung einer Gebissplatte mit einem besonders construirten galvanokaustischen Brenner hervor, welche Tapia gelungen ist. Das Gebiss sass 32 cm tief. Der Cauter war wie ein grosses lateinisches A geformt; nur das Querstück konnte zum Glühen gebracht werden. Hubbard hat eine Sicherheitsnadel im Oesophagus gedreht und dann extrahirt. Beiläufig sei erwähnt, dass Simson auf dem Röntgenschirm eine Sicherheitsnadel in der Speiseröhre beobachtete, die am ersten Tage nach oben und am zweiten nach unten offen stand, ohne dass etwas Besonderes geschehen war. Die Drehung

musste beim Schlucken von Nahrungsmitteln stattgefunden haben. Ein durch eine Gräte hervorgerufener intraoesophagealer Abscess wurde von Jacques durch das Rohr geöffnet. Der Erfolg war ein guter.

Die Oesophagotomie wurde gemacht, wenn die Extraction sich als undurchführbar erwies. Dies hing aber offensichtlich nicht allein von der Natur des Fremdkörpers und der Eigenart des Falles ab, sondern auch von der Technik des Operateurs. Auch kam mehrfach in Betracht, dass die Speiseröhre durch die Beschaffenheit des Fremdkörpers oder durch vorausgegangene unzweckmässige Extractionsmanöver Schaden gelitten hatte. So erklären sich etwa 15 operative Eingriffe von aussen (bei Zahnplatten, Metallkörpern, Knochen etc.).

Corbin erzählt von einer Gebissplatte, welche eine 21jährige Frau verschluckt hatte und die oesophagoskopisch nicht entfernt werden konnte. Vier Tage nachher wurde von aussen operirt und dabei ein zwischen Luft- und Speiseröhre gelegener Abscess eröffnet. Karevsky hat einen perioesophagealen Abscess mit der Oesophagotomie geheilt und aus der Abscesshöhle den Fremdkörper, ein Drahtstück, entfernt.

Eine besondere Stellung nehmen die Fremdkörper über Stenosen ein. Stenosen können Dinge zurückhalten, welche sonst mit Leichtigkeit geschluckt werden. Schon durch eine weiche Masse kommt es an engen Stellen zum vollständigen Verschluss. Der Patient befindet sich dann in der üblen Lage, überhaupt nichts mehr schlucken zu können. In dem Falle von Schmilinsky hat eine Pflaumenschale genügt, um die Speiseröhre an ihrer engen Stelle zu verstopfen. Auch Divertikel können Fremdkörper zurückhalten. In dem Falle von Willaume-Jantzen steckte ein Fleischbrocken in dem Pulsionsdivertikel. Der 78jährige Patient konnte infolgedessen 2 Tage lang nicht schlucken.

Gastroskopie.

In den letzten beiden Jahren hat die Untersuchung des Magens mittelst Röhren einige Fortschritte gemacht, doch ist die Zahl der Mittheilungen noch eine recht beschränkte. Chevalier Jackson empfiehlt nach wie vor seine Methode mit dem offenen Rohr ohne Optik. Er hat bis jetzt 160 Fälle in dieser Weise gastroskopirt und damit gute Erfolge gehabt. Ein neues Gastroskop wurde von Sussmann in Berlin empfohlen. Dasselbe hat einen starren mit Oculartrichter versehenen und einen beweglichen mit Gummi überzogenen Theil, welcher Objectiv und Lampe trägt. Das Instrument wird in beweglichem Zustand bis in den Magen geschoben und dann durch Drehung eines Rades gerade gestreckt.

Sussmann verwahrt sich dagegen, dass dieser Modus gefährlich sei. Ueber 100 Fälle wurden von ihm untersucht, ohne dass sich dabei eine

Störung ergab. Ich habe jedoch zufällig Kenntniss von einem Fall erlangt, in welchem der durch pathologische Processe fixirte Magen bei der Gradstreckung des Sussmann'schen Gastroskops an der kleinen Curvatur einriss. Auch durch einen raschen operativen Eingriff und Naht der Wunde konnte Patient nicht gerettet werden.

Besonders eifrig haben sich H. Elsner in Berlin und William Hill in London mit der Gastroskopie beschäftigt. Beide geben monographische Darstellungen. Jeder von beiden arbeitete mit einem selbstconstruirten Instrumentar. Das Elsner'sche Gastroskop habe ich anwenden sehen und halte es für sehr brauchbar. Es handelt sich um ein gerades starres Rohr, dessen Spitze biegsam construirt ist. Sie besteht aus einer Drahtspirale mit Gummiüberzug und soll das Rohr leichter durch den Rachen in die Speiseröhre und durch den Hiatus oesophageus nach vorn und besonders nach links in den subphrenischen Theil der Speiseröhre und durch die Cardia in den Magen leiten. Es handelt sich um ein Doppelrohr. Das innere ist excentrisch mit dem äusseren verbunden. Durch den restirenden, mondsichelförmigen engen Raum sind die elektrischen Leitungen und der Luftcanal zum Aufblasen des Magens geführt. Dabei beträgt der Gesammtdurchmesser 11 und die Länge 76 mm. Die Beleuchtung bewirkt ein über dem Gummiansatz angebrachtes elektrisches Lämpchen. Die Optik ist in einem besonderen Rohr untergebracht, welches in das Doppelrohr vor Beginn der Untersuchung eingeführt wird. Die optische Einrichtung ist so getroffen, dass man seitlich aus dem Gastroskop heraussieht. Von dem rechtwinklig spiegelnden Prisma befindet sich eine kleine Linse. Durch Drehung des optischen Apparates wird diese gedeckt und bei der Einführung vor Beschmutzung bewahrt. Das optische System ist nach den neuesten Grundsätzen der geometrischen Optik gebaut unter Verwendung einer grösseren Zahl von Linsen. Dadurch werden besonders lichtstarke und scharfe Bilder und ein weites Gesichtsfeld erzielt. Auch erhält man ein aufrechtes Bild.

Elsner giebt genaue Vorschriften über die Vorbereitungen zur Untersuchung und diese selber. Der Patient wird nicht narkotisirt, sondern bekommt nur eine Morphiuminjection von 2 cg und wird mit Cocain gepinselt. Das Rohr wird in linker Seitenlage eingeführt und möglichst weit bis an die grosse Curvatur vorgeschoben. Wenn der Magen aufgebläht ist, dreht man die Optik, damit das Ocular frei wird und betrachtet dann das Innere des Magens.

Elsner wählt seine Fälle sorgfältig aus und sucht sich vor Unglücksfällen dadurch zu bewahren, dass er sich streng an bestimmte Indicationen hält.

William Hill's Gastroskop ist eine Modification des von Herschel in Breslau gebauten Instrumentes. Es besteht aus einem geraden Rohr mit einem besonderen Luftkanal für die Aufblähung des Magens. Beleuchtung und Optik befinden sich in einem besonderen Rohr. Ein weiches Mundstück ist nicht an dem Instrument angebracht. Das Brünings'sche Rohr wird mit Brünings'schem Handgriff beleuchtet eingeführt. Erst danach schiebt man die Optik mit endständiger Lampe durch. Es kann also zuerst nach Jackson und dann mit Optik untersucht werden. Die Untersuchung ohne Optik wird dadurch erleichtert, dass das Rohr oben einen Glasabschluss erhält, um die Aufblähung des Magens zu gestatten. Hill scheint mit seinem Instrument gute Erfahrungen gemacht zu haben. Das Aussenrohr ist nur 55 und das optische 65 cm lang. Erwähnt sei noch ein Speculum „à grand champ visuel" von Robert Rendu. Dasselbe hat eine eigentümliche Construction. Von einem Trichter gehen 6 elastische Stäbe aus, die sich beim Zurückziehen einer Scheibe spreizen und dadurch dem Beschauer ein grosses Gesichtsfeld freihalten.

Die Gastroskopie hat entschieden noch gegen grosse Vorurtheile zu kämpfen. Ihrer Anwendung durch die Laryngologen stellen sich praktische Schwierigkeiten entgegen, weil diesen nicht genügendes Material zuströmt. Diejenigen, welche sich mit den Erkrankungen des Magens speciell befassen, führen zumeist die Gastroskopie selber aus. Es ist fraglich, ob sich darin in Zukunft vieles ändern wird.

III. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Schär** (Hamburg). **Untersuchungen über die Vitalcapacität bei Taubstummen.** *Vox, Internat. Centralbl. f. experim. Phonetik. H. 2. 1913.*

Die Untersuchungen ergaben, dass die Athmung der Mädchen erheblich schlechter ist als die der Knaben. Während der Schulzeit tritt eine merkliche Verschlechterung in den Athmungsverhältnissen der Schüler ein. SEIFERT.

2) **A. Ephraim** (Breslau). **Ueber die Wirkung des Adrenalins beim Asthma bronchiale und bei der chronischen Bronchitis.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 31. 1912.*

Das Adrenalin (Suprarenin) ist beim Asthma bronchiale und bei der chronischen Bronchitis ein Mittel von grosser wohl unerreichter Wirksamkeit. Diese hängt jedoch von der Art der Anwendung ab. Am geringsten ist sie, wenn das Adrenalin mittels Inhalation, viel grösser, aber nur vorübergehend, wenn es subcutan, am grössten und andauernd, wenn es durch das Bronchoskop unmittelbar in die erkrankten Bronchien applicirt wird. ZARNIKO.

3) **O. Weiss** (Berlin). **Neuer Weg zur Asthmabehandlung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 38. 1912.*

Verf. glaubt, dass die Asthmadisposition auf eine Veränderung im Nervensystem (Vagus, Sympathicus) oder auf eine Veränderung der Blutbeschaffenheit zurückzuführen sei. Für die letztere käme sehr wesentlich ein richtiges Functioniren der Drüsen mit innerer Secretion (Schilddrüse, Hypophyse, Nebennieren, Eierstöcke, Hoden) in Betracht. Auf Grund dieser (nach Ansicht des Ref. recht vagen) Hypothese empfiehlt er Injectionen von Asthmolysin. Jede Ampulle von 1,1 ccm enthält 0,0008 Nebennierenextract und 0,04 Hypophysenextract. Verf. hat hiervon in über dreitausendfacher Anwendung ein Versagen höchstens zehnmal erlebt, insofern, als der Anfall nicht innerhalb 12—15 Minuten verschwunden war und eine neue Injection nothwendig wurde. „Nebennierenextract allein brachte die gewünschte Wirkung nicht annähernd hervor.“ ZARNIKO.

4) **Erich Meyer** (Strassburg i. E.). **Zur Behandlung des Asthma bronchiale.** *Deutsche med. Wochenschr. 1912. No. 38. S. 1812.*

Vortreffliche Wirkung der Suprarenininjectionen (0,5—1 ccm der Lösung 1 : 1000), in der anfallsfreien Zeit Chlorcalcium in grossen Dosen. Auch Diuretin wirkt günstig nicht allein beim cardialen, sondern auch beim bronchialen Asthma.

Aehnliche Erfahrungen theilen in der Discussion Blum und A. Cahn mit.

ZARNIKO.

5) **Carey P. McCord. Das Rationelle der Anwendung von Adrenalin bei der Asthmabehandlung. (The rationale of the use of adrenalin in the treatment of asthma.)** *Medical Record. 8. März 1913.*

Verf. kommt auf Grund der experimentellen und klinischen Ergebnisse zu folgendem Resultat: Adrenalin erweitert die Lumina contrahirter Bronchiolen. Diese Dilatation der Bronchiolen ist wahrscheinlich die Basis für die wohlthätige Wirkung des Adrenalins bei der Asthmabehandlung. Die Wirkung ist eine vorübergehende, aber für die Milderung des acuten Anfalls sehr augenfällig; die subcutane Anwendung hat die vorübergehendste Wirkung. Die Anwendung ist einfach und ohne üble Folgen. EMIL MAYER.

6) **H. J. W. Drooglever Fortuyn** (Rotterdam). **Maul- und Klauenseuche. (Mond- en Klauwzeer.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 11. S. 973. 1912.*

Betrachtungen, veranlasst durch das Resultat einer Enquête bei den Mitgliedern des niederländischen Aerztevereins über das Vorkommen der Seuche beim Menschen. Es wurde nur über einige wenige zweifelhafte Fälle berichtet, obgleich im Jahre 1911 bei Rindern 70510 Fälle angezeigt wurden. v. GILSE.

7) **J. C. J. C. Smits** (Bila auf Sumatra). **Ist der Gebrauch von Milch von an Maulseuche leidenden Kühen schädlich für die Gesundheit des Menschen, insbesondere für die kleineren Kinder?** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 11. S. 980. 1912.*

Durch Kochen wird zwar das Virus der Maulseuche vernichtet, jedoch kann

Milch von an der Seuche erkrankten Kühen auch durch secundäre Euterentzündung ungeeignet sein, besonders Magen- und Darmentzündungen verursachen.

v. GILSE.

8) **J. Th. Peters** (Westwoud). **Maul- und Klauenseuche bei Menschen.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. No. 17. S. 1476. 1912.*

Zwei Fälle.

v. GILSE.

9) **S. Flexner, P. F. Clark** und **F. R. Fraser. Epidemische Poliomyelitis; vierzehnte Mittheilung: Passive menschliche Träger des Poliomyelitisvirus. (Epidemic poliomyelitis; fourtenth note: Passive human carriage of the virus of poliomyelitis.)** *Journ. amer. med. assoc. 18. Januar 1913.*

Verff. haben gefunden, dass wenn man bei Eltern von poliomyelitiskranken Kindern, die selbst keinerlei Erscheinungen der Krankheit zeigten, den Nasenrachen auswusch, sich das Virus der epidemischen Poliomyelitis darin fand. Dieser Befund beweist evident, dass das Krankheitsvirus im Nasenrachen gesunder Personen, die mit den an Poliomyelitis erkrankten in engen Contact kommen, vorhanden ist.

EMIL MAYER.

10) **Josef Oberle. Die Beziehungen des Diabetes mellitus zu den Erkrankungen der oberen Luftwege unter besonderer Berücksichtigung der Tuberculose.** *Inaug.-Dissert. Würzburg. 1913.*

Nach einer Uebersicht über die einschlägige Literatur berichtet Verf. über einen in der Würzburger Universitätspoliklinik (Prof. Seifert) beobachteten Fall eines 40jährigen Mannes, der über Schluckschmerzen klagte und bei dem sich an der Vorderfläche des weichen Gaumens hirsekorngrosse, sowie confluirende membranähnliche weisse Beläge fanden, ebenso an der ödematösen Uvula, den linken Gaumenbögen und der linken Tonsille. Epiglottis stark ödematös, ebenso ary-epiglottische Falten und Schleimhaut über den Aryknorpeln; hier auch kleine weisse Auflagerungen. Auch Zungenbasis und pharyngo-epiglottische Falten mit weissen Auflagerungen bedeckt. Mikroskopischer Befund der abgenommenen Partikel: Keine Tuberkelbacillen, verschiedene Stäbchen und Kokken, keine Soorpilze. Im Urin 1,5pCt. Zucker. Nach vorübergehender Besserung traten nach ca. 3 Wochen Ulcerationen an der Epiglottis auf; jetzt ergab Probeexcision von der linken Tonsille und Gaumenbögen zweifellos Tuberculose. Exitus nach 4 Wochen. Intra vitam waren über den Lungen nur diffuse bronchitische Erscheinungen nachweisbar gewesen. Section ergab in den Lungen zahlreiche verkäsende Knötchen und käsige Infiltrate. Verf. ist der Ansicht, dass es sich hier um eine acute Miliartuberculose handelte und dass die merkwürdige Form der Schleimhauttuberculose dem Diabetes zuzuschreiben war.

FINDER.

11) **Nieveling** (Lippspringe). **Ueber die Behandlung entzündlicher Affectionen der oberen und unteren Luftwege vermittelst des „Prophylacticum Mallebrein".** *Aerztl. Viertelj.-Rundschau. No. 2. 1913.*

Gurgelungen und Inhalationen sollen gute Erfolge haben bei katarrhalischen Mund- und Rachenaffectionen, bei acuter und chronischer Laryngitis, Tracheitis

und Bronchitis, bei Kehlkopftuberculose in den frühesten Stadien. Besserung des Hustens und des Auswurfs bei Lungentuberculose.

SEIFERT.

12) **Kubo. Neuere Erfahrungen über die Fremdkörper in Speise- und Luftwege.** *Verhandlungen der Kiushu-Igakukwei. 1912.*

Mittheilung von 59 Fällen von Oesophagusfremdkörpern und von 8 in den Luftwegen, welche durch directe Untersuchungsmethoden untersucht und behandelt wurden. Verf. giebt folgende Statistik der Oesophagusfremdkörper an.

1. Alter. Unter dem 10. Lebensjahre . . . 28 Fälle 47,6 pCt.
Im 11.—20. „ . . . 2 „ 3,4 „
„ 21.—30. „ . . . 6 „ 10,0 „
„ 31.—40. „ . . . 7 „ 12,0 „
„ 41.—50. „ . . . 8 „ 13,5 „
Ueber 51 Lebensjahre . . . 8 „ 13,5 „

2. Geschlecht. 35 Männer (60 pCt.) und 24 Frauen (40 pCt.).

3. Art der Fremdkörper. Münze: 17 Fälle 28,8 pCt., Fischgräte 17 Fälle 28,8 pCt., Zahnprothese 14 Fälle 23,7 pCt., Spielzeug 3 Fälle 5 pCt., Geflügelknochen 2 Fälle 3,4 pCt. Sonst 6 Fälle 10,0 pCt.

4. Resultat der Oesophagoskopie. In 43 Fällen wurden die Fremdkörper im Oesophagus gefunden und in 38 Fällen (88,4 pCt.) ganz glatt extrahirt. In 16 Fällen war die Untersuchung negativ.

5. Zeit des Verweilens. Fälle von längerem Verweilen: Zahnprothese 30 Tage, 5 Rin Kupfermünze 25 Tage. Zu bemerken ist, dass selbst ein rundlicher Fremdkörper wie eine Münze nach längerem Verweilen eine Entzündung des Recessus an der Oesophaguswand hervorruft.

Vier Fälle von Bronchialfremdkörpern wurden durch obere Bronchoskopie glatt geheilt.

Die Fremdkörper wurden während 3 Jahre (bis April 1912) in der Universitätsklinik zu Fukuoka behandelt und anlässlich der Versammlung den anwesenden Aerzten demonstrirt.

KUBO.

13) **J. Sedziak. Ueber Fremdkörper in dem oberen Respirationstraktus, im Verdauungskanal und in den Ohren. (Ociatach obcych w górnych drogach oddechowych i pokarmowych, oraz w uszach.)** *Nowiny lek. No. 1. 1913.*

Eine klinische auf 27000 vom Verf. beobachteten Kranken basirte Studie. In dieser Zahl waren 266 Fälle von Fremdkörpern, und zwar 48 Fälle von Fremdkörpern in den Nasen- und Nebenhöhlen und im Nasenrachenraum, 44 in der Mundhöhle, im Rachen und im Oesophagus, 18 im Kehlkopf, Trachea und Bronchien, 156 in den Ohren. Verf. beleuchtet ausführlich jene 48 Fälle von Fremdkörpern in den Nasen- und Nebenhöhlen und in dem Nasenrachenraum, beschreibt die Begleitsymptome der Krankheit, Diagnose und Therapie.

A. v. SOKOLOWSKI.

14) **E. Glas** (Wien). **Zum Kapitel der Fremdkörper im Gebiete der oberen Luftwege.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 57. S. 164. 1913.*

Verf. berichtet über zehn aus den oberen Luftwegen stammende Fremdkörper, die in anamnestischer oder therapeutischer Hinsicht besonders erwähnenswerth erschienen.

Fall 1. Extraction eines invertirten, um 180^0 gedrehten, in der Choane gelagerten Eckzahns, eine schwere innere Erkrankung vortäuschend. Heilung.

Fall 2. Extraction eines der mittleren Nasenmuschel anliegenden Rhinolithen, dessen Kern Pflanzenreste aufwies. Beseitigung einer schweren, durch diesen Fremdkörper bedingten Neuralgie im Gebiete des Infraorbitalis.

Fall 3. Entfernung einer um eine Papilla vallata geknoteten Spagatschnur, die zu einem starken Hämatom Veranlassung gegeben hatte. Heilung.

Fall 4. Extraction einer Gräte aus der Epiglottis, welche 3 Wochen fixirt gewesen war und zu einem Abscess des Kehldeckels Veranlassung gegeben hatte.

Fall 5. Elf Monate zwischen den Stimmbändern eingekeilt gewesener Hühnerknochen bei einem elfjährigen Knaben, auf endolaryngealem Wege entfernt. Grosse interarytaenoidale Fremdkörpergranulationsmasse, nach der Extraction des Knochens völlig geschwunden. Wiedergabe des laryngoskopischen Bildes.

Fall 6. Extraction einer 3 cm langen, 19 mm breiten Zahnprothese mit Häkchen aus der subglottischen Kehlkopfpartie, wobei der in der Glottis gelegene Zahn totale Heiserkeit (ohne wesentlich stenotische Erscheinungen) erzeugt hatte.

Fall 7. Entfernung eines Kerzenbehälters (Ringes mit 3 Häkchen) aus Blech von 19 mm Durchmesser aus der Trachea eines zwölfjährigen Mädchens, wobei die Athmung durch das Lumen des Kerzenringes erfolgt war.

Fall 8. Entfernung eines Stückchens Kastanie aus einem Bronchus zweiter Ordnung rechterseits (8 Tage nach dessen Hineingelangen) mittels Bronchoskops. Heilung.

Fall 9. Extraction eines 13 cm langen Stückes eines Schrötter'schen Hartgummirohres bei einem sechs Jahre alten Kinde mittels Tracheofissur aus der Trachea und dem rechten Bronchus. Heilung.

Fall 10. Wahrscheinlich in tracheales Gebiet gelangter, expectorirter und verschluckter Obstkern mit secundärem Hämatom der linken Larynxseite.

OPPIKOFER.

15) **A. Falk** (Bad Ems). **Die Verwendung der Aethylchloridnarkose in der Hals-, Nasen- und Ohrenpraxis.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 6. S. 1. 1913.*

Für kurzdauernde Eingriffe (Operation der Rachen- und Gaumenmandeln, Paracentese, Spaltung von Gaumenmandelabscessen etc.) empfiehlt F. die Aethylchloridnarkose.

OPPIKOFER.

16) **J. F. Cotton** und **W. J. Boothby. Intratracheale Insufflationsanästhesie. (Intratracheal insufflation anesthesia.)** *Journ. med. assoc. 25. Januar 1913.*

Diese Anästhesie ist indicirt bei allen intrathoracalen Operationen und ausgedehnten Eingriffen am Kopf, Hals und in der Mundhöhle. Das beste Anästheti-

cum ist nach dem Verf. für diesen Zweck Aether, mittels einer Fusspumpe am besten applicirt; in manchen Fällen ist auch Lachgas mit minimalen Dosen Aether ein ausgezeichnetes Narcoticum. Um die Gefahr des Emphysems zu vermeiden, muss der Apparat mit einem Sicherheitsventil versehen sein, damit der intrathoracale Druck 15 mm Hg nicht überschreiten kann. EMIL MAYER.

17) **Deminne. Studie über die regionäre Anästhesie des Ober- und Unterkiefers. (Etude sur l'anesthésie régionale des maxillaires supérieur et inférieur.)** *Annales belges de stomatologie. No. 2. Januar 1913.*

Verf. ist der Ansicht, dass die lege artis ausgeführte regionäre Anästhesie bei allen am Ober- und Unterkiefer in Betracht kommenden Operationen durchaus die allgemeine Narkose ersetzen könne. PARMENTIER.

18) **O. Joachim. Ungiftige Anästhesie der Schleimhäute. (Non poisonous anesthesia of mucous membranes.)** *New Orleans medical and surgical journal. October 1912.*

Verf. verwendet eine 20proc. Alypinlösung, der er ein Fünftel Volumen Adrenalin oder Suprareninlösung zusetzt. Zur submucösen Septumresection nimmt er eine 1proc. Novocainlösung mit Adrenalinzusatz. EMIL MAYER.

19) **Adolfo Bianco** (Neapel). **Ueber „Miciuratu", eine in Sardinien hergestellte gegohrene Milch; bakteriologische Untersuchung und ihre Anwendung auf Medicin und Otorhinologie. (Sul „Miciuratu", latte fermentato che si prepara in Sardegna; studio batteriologico e sua applicazione in medicina ed in otorinologia.)** *Cesalpino. 1. Mai 1912.*

Diese gegohrene Milch wird in einigen Theilen Sardiniens hergestellt und dient den Hirten mit etwas Brot fast zur einzigen Nahrung. Die Milch — meist Ziegen- oder Schafmilch — hat Aehnlichkeit mit Joghurt. Verf. hat zwei Mikroorganismen isoliren können, die er Bacterium und Diplococcus sardus nennt und deren Symbiose für die Fermentation der Milch nöthig ist. Wir sehen hier von den Wirkungen ab, die Verf. mit dem Präparat bei Magendarmleiden erzielt hat und berichten nur, dass er es mit angeblichem Erfolg bei nichtfötiden atrophischen Rhinitiden mit Borkenbildung gebraucht hat, wo er constatiren konnte, dass die Borkenbildung geringer wurde, die Borken sich leichter ablösten und schliesslich verschwanden. FINDER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

20) **Hutter** (Wien). **Moderne Principien rhinologischer Diagnostik und Therapie.** *Wiener med. Wochenschr. No. 51. 1912.*

Kritische Betrachtungen, die sich namentlich gegen die schematische Behandlung und gegen das wahllose Darauflosoperiren richten. HANSZEL.

21) **Jacques. Diffuse massive Hyperostose des Nasenskelets. (Hyperostose diffuse massive du squelette nasal.)** *Revue hebdom de laryng. No. 12. 1913.*

Pat. von 32 Jahren klagt seit 2 Jahren über beiderseitige Verdickung in der Nasenlippenfurche. Seither hat die Verdickung die beiden oberen Kieferknochen in toto ergriffen. Ausserdem ist beiderseitig eine Exostose vor dem Tragus zu constatiren, leichter Exophthalmus. Hauptklage ist totale Unwegsamkeit der Nase ohne jeden Schmerz. Verf. versucht, nach der Methode von Goris, mit Umklappung der Weichtheile den Knochentumor zu entfernen, muss sich jedoch begnügen, einen Hohlgang in die ehemalige Nasenhöhle zu bohren. Pat. wird 3 Wochen nach der Operation vorgestellt mit einem Jodoformdrain in der Operationshöhle. Für Lues keine Gründe vorhanden. (Unregelmässige Zähne im Unterkiefer?)

LAUTMANN.

22) **Kessel** (Stuttgart). **Frau mit traumatischer Sattelnase.** *Med. Corresp.-Bl. d. Württemb. ärztl. Landesver. No. 25. 1913.*

Sattelnase durch submucöse theilweise Septumresection und Paraffininjectionen ausgeglichen.

SEIFERT.

23) **Otto Glogau. Nasendeformation mittels Autoimplantation von Septumknorpel corrigirt. (Nasal deformity corrected by autoimplantation of the septal cartilage.)** *New York medical journ. 9. November 1912.*

Es wurde eine Incision wie zur submucösen Resection rechts in die Septumschleimhaut gemacht, der Schnitt gleich durch den Knorpel durchgeführt, ohne die Schleimhaut auf der linken Seite zu verletzen, dann die Schleimhaut auf der linken Seite abgelöst und mit der Scheere oben und unten ein Einschnitt gemacht, so dass der von der Schleimhaut der rechten Seite bedeckte Knorpellappen nur noch hinten festhaftete. Nun wurden die Nasenlöcher mit Watte verstopft und der Nasenrücken desinficirt und durch subcutane Injection anästhetisch gemacht. Dann wurde eine transversale Incision von ca. 15 mm am unteren Ende der Nasenbeine gemacht und durch diese Incision hindurch mittels eines Messers das subcutane Gewebe vom Knochen bis zur Nasenspitze abgelöst; in die so gebildete Tasche wurde ein scharfer Löffel eingeführt und der Knorpel an der Nasenspitze curettirt. Jetzt wurde der Knorpellappen völlig losgemacht, in physiologische Kochsalzlösung gethan, die oberflächlichen Epithellagen der Schleimhaut mittels eines Bier'schen Hauttransplantationsmessers abgetragen und der vom Perichondrium bedeckte Knorpel mittels der Scheere zurechtgeschnitten, in die Hauttasche eingepflanzt und dann die transversale Wunde geschlossen. Der Erfolg war ein guter.

EMIL MAYER.

24) **Koch** (Berlin). **Ueber Nasenverkleinerung und andere Methoden der Nasenplastik.** *Internat. med. Monatshefte. April 1913.*

An drei Fällen (illustrirt durch Abbildungen), welche den totalen Verbildungen angehören, wird gezeigt, welche Aufgaben dem formenden Operateur gestellt werden und wie sie zu lösen sind.

SEIFERT.

25) **Frederich S. Lovell. Nasendeformitäten; eine neue Methode der Correction durch Knorpeltransplantation; Bericht über zwei Fälle. (Deformities of the nose; a new method of correction by transplantation of cartilage; report of two cases.)** *New York medical journal. 16. November 1912.*

Der Knorpel wird von der Nasenscheidewand entweder vom Patienten selbst oder von einem anderen Individuum genommen, bei dem eine submucöse Resection nöthig ist.

EMIL MAYER.

26) **J. Broeckaert. Ueber die Correction der Nasendeformitäten durch prothetische Injectionen von Paraffin. (De la correction des déformations nasales par les injections prothétiques de paraffine.)** *Société belge de chirurgie. 29. März 1913.*

Auf Grund seiner nunmehr 12jährigen Erfahrung versichert Verf., dass die Injectionen von kaltem Paraffin bei weitem das beste Mittel zur Correctur der meisten Nasendeformationen darstellen; die Resultate sind um so ausgezeichneter, als sie für andauernd und definitiv angesehen werden können.

PARMENTIER.

27) **Garel** und **Gignoux. Correction der Nasendeformitäten durch intranasale Operationen und Einsetzen von Prothesen. (Correction des difformités du nez par opérations intranasales et inclusions prothétiques.)** *Lyon méd. 6. April 1913.*

Verff. berichten über 2 Fälle, von denen sie auch die Photographie bringen. In dem einen benutzten sie eine gefensterte Aluminiumprothese, in dem anderen einen in derselben Sitzung abgetragenen Sporn vom Septum.

GONTIER DE LA ROCHE.

28) **Georg Damm** (Frankfurt a. M.). **Beitrag zur operativen Behandlung des Ansaugens der Nasenflügel.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 2. 1913.*

Die Operation bezieht sich auf diejenigen Fälle, die durch Verengerung des Nasenloches durch die Cartilago alaris, die in einem nach innen gewölbten Bogen, vom Septum entspringend, fast parallel diesem ein Stück nach abwärts verläuft, bis sie nach aussen umbiegt, bedingt sind. Die Beschreibung der Operation, die durch Zeichnung erläutert ist, muss im Original nachgelesen werden.

W. SOBERNHEIM.

29) **L. Grünwald** (München). **Eine Cyste der Chordascheide.** *Anatomischer Anzeiger. Bd. 37. 1910.*

G. beschreibt eine Höhle im Keilbeinkörper, von der ein Abscess ausgegangen war und erörtert ihre Entstehung. Sie liegt links von der Mittellinie im Bereiche des hinteren Keilbein- und des Hinterhauptkörpers, ist S-förmig gekrümmt und reicht an der hinteren Kante der Sattellehne bis zur Dura. Sie ist von einer dünnen, glatten Membran ausgekleidet und von sklerosirtem Knochen umgeben. Am unteren Ende ist der Knochen cariös erweicht und öffnet sich zu einem 3 mm weiten, auf die Spitze des Epistropheus zuführenden Kanal. Eine Verbindung mit der hinteren Rachenwand, die während des Lebens bestanden hatte und durch welche der Eiter abgeflossen war, ist nicht mehr nachzuweisen.

Lateral grenzt die Höhle, nur durch die dünne Wandlamelle von ihm getrennt, an einen Hohlraum an der Spitze der Felsenbeinpyramide, der theilweise von cariösen Wandungen begrenzt ist.

Von einem erst im letzten Lebensjahr begonnenen Ohreiterungsprocess kann der Abscess nicht ausgegangen sein, da die schleimig eitrige Absonderung im Rachen, die nach operativer Ableitung der Höhle versiegt war, schon viele Jahre bestanden hatte und da die membranöse Auskleidung auf Präformation hinweist. Persistenz eines Hypophysenganges ist wegen der Lage unmöglich. Nach der Lage und Gestalt des Hohlraumes ist die Entstehung aus der Chorda dorsalis anzunehmen, wenn auch die histologische Untersuchung keinen Anhaltspunkt hierfür ergiebt. Solche Höhlen sind von H. Müller bei Embryonen und Kindern im ersten Lebensjahr beschrieben worden.

Irgendeine abnorme nasale Pneumatisirung ist ausgeschlossen, da eine weitere Epithelialausstülpung aus dem hintersten Keilbeinhöhlentheil mit Abschnürung des Zwischenstückes aus entwicklungsgeschichtlichen Gründen unmöglich ist.

Bei Schafsembryonen setzt sich das Epithel der Seessel'schen Tasche unmittelbar in den vorderen Zinken der Chordagabel fort, es besteht also eine relativ langdauernde Epithelverbindung des Chordastranges mit der Rachenhöhle. Verf. meint nun, in seinem Falle liege eine Deutung für den Menschen im gleichen Sinne nahe, der das klinische Verhalten des Falles entsprechen würde: eine freie Verbindung des sphenooccipitalen Hohlraumes mit dem Epipharynx lange Jahre hindurch. Andererseits könnte an einen secundären Durchbruch gedacht werden, für den aber anamnestisch keine Daten erhalten seien. SCHLUNGBAUM.

30) **Jesus Collar. Ausstülpungen der Nasenhöhlen. (Diverticulos de las fossas nasales.)** *Thèse de Doctorat. 9. Juli 1912.*

Schlussfolgerungen: 1. Die Sinus sind im Allgemeinen asymmetrisch. 2. Diese Asymmetrie wird ausgeglichen und zwar die der Oberkieferhöhlen durch die Nasenhöhle, die der Stirnhöhle durch die Keilbeinhöhlen, die der Siebbeinzellen untereinander. 3. Die Ausdehnung, Grösse und Entwicklung der Höhlen stehen in Beziehung zu Alter, Geschlecht, Rasse etc. TAPIA.

31) **Fr. Schlemmer** (Wien). **Ueber einen Fall von Panantritis acuta dextra bei einem 4jährigen Knaben.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 1229. 1912.*

Im Anschluss an heftige Halsschmerzen Erkrankung mit hohem Fieber und Schwellung der Augenlider der rechten Seite, Eiter in der rechten Nasenhälfte. Von aussen her Ausräumen des rechten Siebbeins, das eitriges übelriechendes Secret enthielt, und Eröffnen der kranken Stirn- und Keilbeinhöhle sowie Punction der Kieferhöhle von der Fossa canina aus. Heilung. Verf. nimmt an, dass die Nebenhöhlenentzündung von den Gaumenmandeln ausgegangen ist. OPPIKOFER.

32) **W. S. Keir. Zwei Fälle von Stirnhöhlenentzündung mit Knochencomplicationen. (Two cases of frontal sinusitis with bone complications.)** *Lancet. 8. März 1913.*

1. 19jähriges Mädchen; wegen Schmerzen wurde die linke Stirnhöhle er-

öffnet und drainirt. Es fand sich kein Eiter. Eine Woche später wegen acuter Schmerzen und Fieber Wiedereröffnung des Sinus. Es fand sich eine leichte Osteo-Myelitis, die bald zurückging.

2. 42jähriger Mann; bei der wegen chronischer Sinusitis der Stirnhöhle vorgenommenen Operation fand sich eine Erosion der Vorderwand und des Bodens der Höhle. Der Bac. pyocyaneus war der einzige im Eiter gefundene Microorganismus.

A. J. WRIGHT.

33) **Samoilenko. Postoperative Verödung der Stirnhöhlen. (Obliteration postoperatoire des sinus frontaux.)** *Arch. internat. de laryng. No. 2. T. 35.*

Auf Thierversuche sich stützend, empfiehlt der Autor eine totale Ausrottung der Mucosa der Stirnhöhle, um die Verödung der Stirnhöhle zu erzielen. Man darf die kosmetischen Operationen nicht verlassen und muss sich hinsichtlich der Verödung auf die Natur verlassen. Ein Einwachsen der Nasenschleimhaut in die Stirnhöhle findet nicht statt. Bei Thieren verödet die Stirnhöhle schon sechs Monate nach der Operation.

LAUTMANN.

34) **A. Dighton. Fall von Thrombose des Sinus cavernosus. (Case of cavernous sinus thrombosis.)** *Practitioner. März 1913.*

Sechsjähriger Knabe erkrankte plötzlich mit Exophthalmus und Oedem der Orbita auf der rechten Seite, Fieber und beiderseitiger Neuritis optica. Es wurde die Exenteration der rechten Orbita vorgenommen, das Dach derselben entfernt, der rechte Stirnlappen gelüftet und der rechte Sinus cavernosus, der sich thrombosirt fand, ausgeräumt. Sechs Tage später Exitus in Folge Meningitis; die Section ergab, dass der rechte Sinus cavernosus voller Eiter war, ebenso die rechte Stirnhöhle und das rechte Siebbeinlabyrinth, letzteres communicirte durch einen Fistelgang mit der Orbita. Verf. macht auf das für eine Stirnhöhleneiterung aussergewöhnlich frühe Alter aufmerksam; er meint, die Infection des Sinus cavernosus sei vom Siebbein her erfolgt.

A. J. WRIGHT.

35) **W. Reber. Orbitalerkrankung secundär nach Sinusitis. (Orbital disease secondary to sinusitis.)** *Pennsylvania medical journal. Juni 1912.*

Verf. berichtet über einige Fälle und kommt zu folgenden Schlüssen: Jede Art von Orbitalerkrankung, extraoculäre und intraoculäre, kann mit eitriger oder nichteitriger Erkrankung der Nebenhöhlen in Zusammenhang stehen. Es erfordert oft mühsame und langdauernde Beobachtung seitens des Rhinologen, um diesen Zusammenhang ausfindig zu machen. Selbst bei anscheinend negativem Befunde soll intranasale Behandlung eingeleitet werden.

EMIL MAYER.

36) **Joseph F. Junis. Keilbeinsinusitis in Beziehung zur optischen Neuritis. (Sphenoidal sinusitis in relation to optic neuritis.)** *The Laryngoscope. Oct. 1912.*

1. Anatomisch müssen die Beziehungen der Keilbeinhöhle und der hinteren Siebbeinzellen zum Sehnerven als gleich enge betrachtet werden.

2. Je grösser die Sinus, desto geringer ist die Gefahr der Infection durch Entzündungen in der Nachbarschaft.

3. Infection des Tractus opticus durch Ausbreitung einer Keilbein- oder hinteren Siebbeinerkrankung geschieht mehr auf dem Wege der Continuität als auf dem Lymphwege.

4. Keilbein- oder hintere Siebbeinerkrankung kann unabhängig und getrennt von Ethmoiditis oder Stirnhöhlenerkrankung sein.

5. Bei Untersuchung der Nebenhöhlen in einer Serie von 100 Köpfen fand sich eine tuberculöse Erkrankung der Schleimhaut nur in einem Fall.

6. Ist die Keilbeinhöhle Sitz einer chronischen Entzündung, so kann die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose und Behandlung nicht hoch genug veranschlagt werden.

EMIL MAYER.

37) **Kessel** (Stuttgart). **Neuritis optica, verursacht durch Nebenhöhlenerkrankung.** *Med. Corresp.-Bl. d. Württemb. Landesver. No. 25. 1913.*

58jähriges Individuum mit rechtsseitiger Neuritis optica in Folge chronischer Stirnhöhlen-Siebbeineiterung. Besserung durch Radicaloperatiom.

SEIFERT.

38) **M. Pauncz** (Budapest). **Neuere Beiträge zur rhinogenen Neuritis optica.** *Orvosi Hetilap. 1913. Beilage Szemészet. No. 1.*

Mittheilung von vier Fällen. Die Behandlung war zumeist operativ und es gelang auf diese Weise festzustellen, dass die Entzündung des Nerven durch die Entzündung der hinteren Nebenhöhlen verursacht wurde. Unter den vier Fällen ist Spontanheilung nur einmal erfolgt; obwohl acute Entzündungen der Nebenhöhlen grosse Neigung zur Spontanheilung besitzen, ist es doch rathsamer, in Fällen von Neuritis optica dieselben sofort ausgiebig zu eröffnen, bevor irreparable Sehstörungen erfolgen.

Wir werden häufig gezwungen, in verdächtigen Fällen bei anscheinend intakter Nasenhöhle die explorative Eröffnung der hinteren Nebenhöhlen in Vorschlag zu bringen, da wir wissen, dass latente Entzündungen der Nebenhöhlen recht häufig sind. In Anbetracht der ernsten Bedeutung der Neuritis optica und der Gefahrlosigkeit der Eröffnung der hinteren Nebenhöhlen ist die explorative Eröffnung in zweifelhaften Fällen unbedingt angezeigt.

POLYAK.

39) **C. Otto Roelofs** (Amsterdam). **Ueber den Mechanismus der Thränenabführung.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 18. S. 1536. 1912.*

Bei einer Patientin mit Lähmung des M. orbicularis oculi konnte gezeigt werden, dass in Uebereinstimmung mit Schirmer's Hypothese die Erweiterung des Thränensackes (beim durch Fingerdruck nachgeahmten Lidschlag) hauptsächlich die Thränenabführung besorgt.

v. GILSE.

40) **J. M. West** (Baltimore). **Zur Chirurgie des Thränenweges.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 2. 1913.*

Verf. hat die Fensterresection des Ductus nasolacrymalis als operative Behandlung ganz aufgegeben und nimmt in allen Fällen von Dakryostenose, wo eine intranasale Operation indicirt ist, die Eröffnung des Thränensackes von der Nase aus vor.

W. SOBERNHEIM.

41) **A. de Kleijn** (Utrecht) und **N. Gerlach** (Assen). **Pathologisch-anatomisches über den Zusammenhang zwischen Augen- und Nasenleiden.** *Archiv f. Ophthalmologie. Bd. 54. H. 1. 1913.*

Bei einer an acuter Pneumonie Verstorbenen konnte durch vollständige Serienschnitte die aufsteigende Form der eitrigen Entzündung des Thränenweges auf der rechten Seite festgestellt werden.

Von dem chronischen Empyem des Sinus sphenoidalis setzte sich das Infiltrat in die mit der Mucosa communicirenden Markhöhlen der Scheidewand zwischen N. opticus und Sinus sphenoidalis fort bis auf alle Scheiden des N. opticus. Es bestand interstitielle Neuritis optica. W. SOBERNHEIM.

42) **Aldo Maggioni Winderling. Adonoidenträger. (Adenoidei.)** *La Pratica oto-rino-laringoiatrica. No. V. 1913.*

Verf. beschreibt zuerst die typische Gesichtsbildung der Kinder mit adenoiden Vegetationen und verbreitet sich dann eingehend über die Stellung der Zähne, die Form des Gaumengewölbes und des Alveolarfortsatzes. Durch diese Deformationen wird die Weite der Nasenhöhlen verringert, der Kauact und damit die Ernährung gestört, der Schluss des Mundes materiell verhindert und so der Athemtypus verändert. Verf. spricht der Orthodentie das Wort. Er bespricht die einzelnen Apparate und rühmt besonders den von Hawley, mit dem es gelingt, innerhalb ganz kurzer Zeit ausgezeichnete Resultate zu erzielen. Auf die Anwendung der Orthodontie müssen dann athemgymnastische Uebungen folgen. FINDER.

43) **Ernst Barth. Zur Technik der Rachenmandeloperation.** *Klin. therapeut. Wochenschr. 14. October 1912.*

Verf. hat dem Schulz-Passow'schen Pharynxtonsillotom unter Beibehaltung des Guillotineprincips die handliche Form des Beckmann'schen Ringmessers gegeben. Eine Nebenverletzung der Rachenschleimhaut oder ein Hängenbleiben der Rachenmandel soll bei der Anwendung dieses Instruments unmöglich sein. Das Instrument ist in vier Grössen bei Pfau zu haben. W. SOBERNHEIM.

44) **Okuyama. Beitrag zur Blutung nach der Adenotomie.** *Japan. med. Centralbl. No. 152. 1913.*

Bei einem gesunden 15jährigen Schüler erfuhr der Verf. eine heftige Nachblutung nach Adenotomie mit Beckmann's Ringmesser. Erste Blutung der Operation sich anschliessend dauerte drei Stunden lang und die zweite kam am dritten Tage. Heilung nach 7 Tagen. KUBO.

c) Mundrachenhöhle.

45) **Citelli. Ueber die relative Häufigkeit des Canalis cranio-pharyngeus beim Kinde und jugendlichen Individuum und über die Bedeutung dieser Thatsache für meine Theorie.** *Annales des maladies de l'oreille. No. 4. 1913.*

Eine vorläufige Mittheilung (von 3 Seiten), eine ausführliche Arbeit ver-

sprechend, die den anatomischen Beweis liefern soll, dass es eine directe circulatorische Verbindung zwischen der Hypophyse und dem Rachendache giebt.

LAUTMANN.

46) **Fernandès. Osteomyelitis des Oberkiefers. (Osteomyélite du maxillaire supérieur.)** *Bulletin de la soc. méd. chir. du Brabant. 1912.*

Krankenvorstellung in der medico-chirurgischen Gesellschaft von Brabant. 17jähriges Mädchen, bei welchem seit 2 Jahren eine Osteomyelitis des Oberkiefers mehrere Interventionen nothwendig gemacht hatte, bis eine vollständige Heilung erzielt wurde.

BAYER.

47) **M. Delmar Richie. Ein ungewöhnlicher Fall von Osteom des Oberkiefers. (An unusual case of osteoma of the superior maxilla.)** *The Laryngoscope. Februar 1913.*

Das Osteom ging vom linken Oberkiefer aus. Bei der Operation wurde der Knochen soweit abgetragen, bis man in keiner Richtung mehr solchen von Elfenbeinhärte fand. Die Sinus curettirt. Heilung.

EMIL MAYER.

48) **Souques** und **Legrain. Atrophie des Oberkiefers mit mal perforant des Mundes bei einem Tabiker. (Atrophie du maxillaire supérieur avec maux perforants buccaux chez un tabétique.)** *Soc. de neurologie. 6. März 1913.*

44jähriger Mann, Syphilitiker, seit 6 Jahren an Tabes leidend. Ausfallen der Zähne ohne Schmerzen innerhalb 3 Tagen vor 2 Jahren, Atrophie des Oberkiefers, dessen Alveolarrand 1 cm über dem Gaumengewölbe liegt; letzteres ist an einigen Stellen perforirt.

GONTIER DE LA ROCHE.

49) **W. Wayne Babcock. Acute Osteomyelitis des Kiefers. (Acute osteomyelitis of the jaw.)** *Journ. amer. med. assoc. 3. August 1912.*

Die prophylaktische Maassnahme besteht darin, dass man den Knochen unter aseptischen Cautelen anbohrt. Hat sich Eiter gebildet, so muss für ausgiebige Drainage gesorgt werden. Es sollen keine Zähne extrahirt oder solche, die nur noch lose an der Schleimhaut hängen, entfernt werden. Abgestorbene Knochenpartien sollen nur entfernt werden, wenn sie vollständig abgelöst sind oder wenn sich neuer Knochen gebildet hat, der im Stande ist, die Contur des Kiefers zu erhalten.

EMIL MAYER.

50) **Ch. Lenormant. Die Aktinomykose der Speicheldrüsen. (L'actinomycose des glandes salivaires.)** *Presse médicale. No. 26. 1913.*

Eine Zusammenstellung dieser Frage mit hauptsächlicher Berücksichtigung folgender drei Arbeiten: W. Müller, Ueber Aktinomykose der Speicheldrüsen, Festschrift f. J. Orth, 1913; Hosemann, Isolirte Aktinomykose der Speicheldrüse, Deutscher Chirurgencongress, Berlin 1913; Guttmann, Ueber Aktinomykose der Speicheldrüsen etc., Sammlung klinischer Vorträge, No. 186, 1913. Zur Symptomatologie wird hinzugefügt das von Poncet hervorgehobene acute Beginnen mancher Fälle von Aktinomykose der Speicheldrüsen, so dass man an die Möglichkeit einer Angina Ludovici denkt.

LAUTMANN.

51) **Morestin. Die Eröffnung der vereiterten submaxillären Drüsen vom Munde aus. (L'ouverture buccale des abcès sousmaxillairos d'origine ganglionnaire.)** *Presse médicale. No. 34. 1913.*

Die Vortheile sind natürlich nur kosmetischer Natur, denn hinsichtlich der Technik bedeutet der Vorschlag eher eine Complication, verglichen mit der bekannten suprahyoiden Incision von aussen. Ausserdem ist allgemeine Narkose nöthig, um namentlich die breiteste Eröffnung des Mundes und starke Vorzerrung der Zunge zu ermöglichen. Drei Krankengeschichten, junge Personen weiblichen Geschlechts betreffend, werden mitgetheilt. LAUTMANN.

52) **Dubois-Havenith. Ulcerirtes Gummi, tuberculöser oder syphilitischer Natur; Osteo-periostitis des Oberkiefers. (Gomme ulcérée, tuberculeuse ou syphilitique; ostéo-périostite du maxillaire.)** *La Policlinique. No. 14. Juli 1912.*

Bei einem tuberculösen Individuum entstand eine Läsion vom Aussehen eines Gummis; Wassermann positiv, obwohl Pat. jede Infection leugnete. Verf. glaubt an die tuberculöse Natur der Affection. PARMENTIER.

53) **v. Szontagh** (Pest). **Angina und Scharlach.** *Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. H. 6. 1912.*

Zwischen Angina und Scharlach findet Verf. keinen principiellen, sondern nur einen graduellen Unterschied. Er sucht nicht nach einem noch unbekannten Scharlachgift, sondern sieht das Zustandekommen des Scharlachs in einer veränderten bzw. gesteigerten Reactionsfähigkeit des Körpers. SEIFERT.

54) **C. F. Lewis. Tonsillitis und Adenoide in ihrer Beziehung zu anderen Krankheiten. (Tonsillitis and adenoids in their relation to other diseases.)** *The Journal Lancet. 13. Januar 1913.*

Verf. hat 200 Personen zwischen 10 und 30 Jahren untersucht; er theilt sie in zwei Kategorien, solche mit normalem Halsbefund und solche mit Erkrankungen der Mandeln oder Adenoiden; er weist nach, dass die Procentzahl der von verschiedenen Erkrankungen (Scharlach, Diphtherie, Rheumatismus, Otitis media, Adenitis, Pneumonie etc.) Befallenen in der zweiten Kategorie erheblich grösser ist, als in der ersten. EMIL MAYER (L. JACOBS).

55) **F. Henke** (Königsberg i. Pr.). **Ueber die phlegmonösen Entzündungen der Gaumenmandeln, insbesondere über ihre Aetiologie, sowie neue Versuche mit localer Serumbehandlung.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 2. 1913.*

Interessante Zusammenstellung eigener und fremder Erfahrungen. Die Beobachtung, dass die Peritonsillitis grösstentheils durch Einwanderung von verschiedenartigen Streptokokken in das lockere Bindegewebe der Umgebung entsteht, veranlasste Verf. zur Anwendung von Streptokokkenserum local mittels Injection von 3 ccm. Wenn auch die Erfolge bei ausgebildetem Abscess ausblieben, konnte in 20 Fällen die Erkrankung völlig coupirt werden. In einigen Fällen beginnender Peritonsillitis blieb allerdings der Erfolg aus, vielleicht dass hier der Herd nicht

direct getroffen wurde oder auch trotz der Polyvalenz das Serum nicht specifisch wirksam war. Das Serum wird von den Höchster Farbwerken' in Phiolen und Fläschchen mit 5 ccm Seruminhalt hergestellt.

W. SOBERNHEIM.

56) Ernst Danziger. **Tonsillotomie oder Tonsillektomie? (Tonsillotomy or tonsillectomy?)** *New York medical journal. 1. Januar 1912.*

Verf. nimmt an, dass Allgemeinerkrankungen häufig ihren Ausgang nehmen von kleinen Erosionen der Schleimhaut in der Mund- oder Rachenhöhle oder am Zahnfleisch. Wenn die anatomisch und physiologisch zur Abwehr so gut ausgerüsteten Gaumenmandeln bisweilen die Quelle der Infection abgeben, so erklärt dies Verf. folgendermaassen: Sehr häufig finden sich Adhäsionen zwischen der Vorderfläche der Tonsille und dem vorderen Gaumenbogen; diese Adhäsionen verlegen einige Lakunen vollständig. Während einer Tonsillitis füllen sich diese Lakunen mit Eiter, der nicht abfliessen kann. Das Epithel dieser Krypten kann nun ulceriren und so die Bakterien Eingang finden.

In der grossen Majorität der Fälle erreicht man mit der Tonsillotomie das angestrebte Ziel.

EMIL MAYER.

57) H. Pässler (Dresden). **Radicale Tonsillektomie oder conservative Behandlung der chronischen Tonsillitis?** *Therapeutische Monatshefte. Januar 1913.*

Von dem Gesichtspunkte, dass die chronische Tonsillitis nur ausnahmsweise eine harmlose Localerkrankung sei und die einzig sichere Methode zur Heilung die Tonsillektomie darstelle, empfiehlt P. diese auf's Wärmste, zumal da Contraindicationen sich ihm weder aus praktischen noch theoretischen Gründen ergaben.

W. SOBERNHEIM.

58) A. Malan. **Schwere Nachblutungen nach Abtragung der Gaumenmandeln. (A proposito di qualche caso di emorragie gravi dopo ablazione delle tonsille palatine.)** *Gazetta d. ospedali e delle cliniche. März 1913.*

Verf. bespricht die Maassnahmen, die der Arzt zu treffen hat, um eine Blutung bei Tonsillenoperationen zu verhüten und, falls doch eine solche eintritt, sie zu stillen.

CALAMIDA.

59) A. Réthi (Budapest). **Mein Verfahren bei Nachblutungen nach Operationen an der Mandel und im Larynx.** *Verh. des königl. Aerztevereins in Budapest. No. 11. 1913.*

Verf. schlägt die Umstechung in der Tiefe vor, und anstatt die Fäden zu verknoten, befestigt er sie an Plomben.

POLYAK.

60) H. Kaczynski. **Ein Haken zur Erleichterung der Tonsillenenucleation. (Hak utatwiajacy wytuszcsenie migdatkow.)** *Gaz. Lek. No. 16. 1913.*

Als Modification der Erbrich'schen Operationsmethode der totalen Mandelenucleation, schlägt der Verf. einen von ihm construirten Haken vor, mit an eine Angel erinnernden Zähnen, dank denen der in die Mandel eingebohrte Haken nicht hinausgleiten kann. (Illustration erläutert die Details.) Durch das Anziehen des an den Haken angebundenen Fadens wird die Tonsillenenucleation erleichtert.

A. v. SOKOLOWSKI.

d) Diphtherie und Croup.

61) **S. C. Lind. Atypische Rachendiphtherie. (Atypical pharyngeal diphtheria.)** *Journ. amer. medical assoc. 10. Mai 1913.*

Bericht über drei Fälle, die unter dem Bilde einer einfachen Tonsillitis verliefen und bei denen die bakteriologische Untersuchung Diphtheriebacillen ergab.

EMIL MAYER.

62) **Creutzfeldt** und **Koch. Ueber Veränderungen in der Hypophysis cerebri bei Diphtherie.** *Virchow's Archiv. Bd. 213. H. 1.*

1. In manchen Fällen von Diphtherie reichen die nachweisbaren Herzveränderungen nicht zur Begründung der schweren Atonie des Gefässsystems aus. Die stark blutdrucksteigende Wirkung des Pituitrins bei diphtherischer Hypotonie lässt an eine Betheiligung der Hypophysis an dieser Hypotonie denken. 2. Bei 7 von 9 Fällen von Diphtherie, die an Herz- und Gefässlähmung starben, fanden sich die Elemente des Zwischenlappens stark afficirt. 3. An Meerschweinchen, die mit Diphtheriebacillenreinculturen inficirt waren, traten dieselben Veränderungen im Zwischenlappen auf, wie beim Menschen. 4. Die Pituitrin-Adrenalintherapie stellt eine specifische Therapie bei der diphtherischen Herz- und Gefässlähmung dar.

FINDER.

63) **Lorey. Neue Gesichtspunkte zur Behandlung der Diphtherie, des Scharlachs und von eitrigen Processen.** *Med. Klinik. No. 26. 1912.*

Bei einer Diphtherieepidemie in Hamburg hat L. Diphtherieserum local angewendet und zwar in einer Verdünnung von 1 : 29 phys. Kochsalzlösung in Form eines Sprays für Rachen und Kehlkopf resp. als Tampon für die Nase. Die Membranen stiessen sich auffallend rasch ab, das Allgemeinbefinden besserte sich. Es lag hier jedoch keine specifische Wirkung des Diphtherieserums vor, sondern der Erfolg beruhte auf der baktericiden Wirkung des Pferdeserums. FINDER.

64) **Max Massini. Erschwertes Decanulement in Folge Verbiegung der vorderen Trachealwand nach Tracheotomia superior und Einfluss des Diphtherieserums auf die Zeit der Vornahme des Decanulements.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 76. S. 402.*

$1^1/_2$jähriger Knabe mit Ventilstenose der Trachea. Intubation ohne Erfolg, schliesslich Erfolg mit der von Schmieden angegebenen Bougiecanüle. Da durch frühzeitige Entfernung der Canülen die Gefahr der Stenosenbildung herabgesetzt wird, sollte stets der Versuch dazu gemacht werden. Seit Einführung des Diphtherieserums kann die Canüle oft schon nach 24 Stunden ohne Gefahr entfernt werden. FINDER.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

65) **Aurelius Réthi** (Königsberg i. Pr.). **Die röntgenologische Untersuchung des Kehlkopfes und der Luftröhre.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 41. 1912.*

Verf. führt, um Aufnahmen von Larynx und Trachea bei sagittaler Durchstrahlung zu machen, einen Film in den Hypopharynx oder den Oesophagus des

zu Untersuchenden ein. Die Aufnahmen sollen vortrefflich sein, was aber aus der der Arbeit beigefügten Abbildung nicht zu ersehen ist. ZARNIKO.

66) **A. Réthi** (Budapest). **Röntgenaufnahmen nach meiner neuen Methode.** *Verh. des königl. Aerztevereins in Budapest. No. 2. 1913.*

Siehe vorhergehendes Referat.

67) **A. Réthi. Meine neue Methode bei der Röntgendarstellung des Kehlkopfes und der Luftröhre.** *Zeitschr. f. Lar., Rhin. u. ihre Grenzgeb. Bd. 6. S. 27. 1913.*

Um die Masse der Wirbel auszuschalten, wurde die Aufnahme nicht in dorsoventraler, sondern in anteriodorsaler Richtung vorgenommen, und anstatt der Glasplatte, benützte R. den Film, der unmittelbar hinter dem Kehlkopf im Hypopharynx resp. bei den Trachealaufnahmen im Oesophagus applicirt wurde. Die Methode wird eingehend beschrieben. Sechs Röntgenogramme des Kehlkopfes.

OPPIKOFER.

68) **Rach. Angeborener inspiratorischer Stridor.** Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien, Sitzung vom 23. Januar 1913. *Wiener klin. Wochenschr. No. 10. 1913.*

Es handelte sich um Hyperplasie der Thymus. HANSZEL.

69) **Delie. Chorea des Larynx und Pharynx.** *Journal médical de Bruxelles. No. 34. 1912.*

14jähriges choreatisches Mädchen mit eigenartigen Erscheinungen von Seiten des Pharynx und Larynx: Zunächst eine gewisse Lautnachahmung des Hustens („hemmage"), dann während der Conversation monosyllabe, unfreiwillige Schreie; dann ein mehr oder weniger ausgedehntes, von einem kurzen, quietschenden, dem Schrei des Perlhuhns ähnlichen Ton gefolgtes Grunzen. Die ersten Geräusche beruhen auf einer krampfhaften Contraction der Stimmbänder und der ary-epiglottischen Falten; die zweiten auf krampfhaften Bewegungen der Muskeln des Pharynx während einer forcirten Exspiration.

Der Ausschluss von Hysterie und die Diagnose von Chorea wird begründet mit der Fortdauer der Geräusche während der Ruhe der Organe. FINDER.

70) **B. Grünfelder** (Berlin). **Bromcalcium in der Behandlung des Laryngospasmus und der Tetanie.** *Therapeutische Monatshefte. Juni 1913.*

Verf. empfiehlt bei zweijähriger Erfahrung zur Behandlung von Laryngospasmus und Tetanie Bromcalcium, dessen narkotische Wirkung eine schnellere ist, als die der übrigen Bromsalze. 2,0 g pro die heilte die Krampfzustände nach wenigen Tagen. W. SOBERNHEIM.

71) **Cortlandt Macmahon. Functionelle Aphonie. Eine Methode der Behandlung. (Functional aphonia. A method of cure).** *Lancet. 1. März 1913.*

Die Regeln für die Wiedererziehung zur Stimmbildung sind:

Um eine entsprechende Luftsäule zu erhalten, lehre man eine ausgesprochene

laterale Rippenexpansion während der Einathmung, darauf Ausathmung mittels starker Contraction der Bauchmuskeln, ferner freie Bewegung der Lippen. Ein wichtiger Factor bei der functionellen Aphonie ist für den Verf. die Zusammenziehung der Muskeln oberhalb des Larynx; wenn diese aufgehoben sei, dann erfolge auch wieder Stimmbildung. Der Aufsatz ist verwirrt und nicht sehr überzeugend.

A J. WRIGHT.

72) **Fröschels. Sprachstörung.** Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien, Sitzung vom 11. Februar 1913. *Wiener klin. Wochenschr. No. 12. 1913.*

33jähriger Mann. Monotonie, Schwäche und eigenthümlicher Presston der Stimme, ähnlich der Bauchrednerstimme, bei normalem Kehlkopf. Bei der Laryngoskopie normale Stimme offenbar durch Ablenkung der Aufmerksamkeit durch die Spiegeleinführung, also Psychoneurose. Therapie: Athemübungen nach dem Sprechathemtypus.

O. CHIARI.

73) **H. Marschik. Pharynx-Oesophagus-Stimme.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 22. November 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 48. 1912.*

Verf. führt einen jungen Mann mit selbst erlernter Pharynxösophagusstimme bei Atresia laryngis cicatricea nach Diphtherie und Intubation vor. Pat. saugt die Luft in den Oesophagus und bringt mit dieser Luft die Stimmbänder zum Schwingen. Die Narbenstenose befindet sich im unteren Kehlkopfabschnitte und trotzt jeglicher localer Behandlung.

HANSZEL.

74) **W. Brünings** (Jena). **Diagnose und Behandlung der in den Luftwegen befindlichen Fremdkörper.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 20. 1912.*

Mit bekannter Meisterschaft schildert Verf. die Aetiologie und Pathogenese, Symptomatologie und Diagnostik, Prognose und Therapie der in die Luftwege gerathenen Fremdkörper und giebt zum Schluss einen Ueberblick über die bronchoskopische Technik, an deren Ausarbeitung er selbst bekanntlich so hervorragenden Antheil hat.

ZARNIKO.

75) **Frederico Brunetti. Ueber einen per vias naturales extrahirten Fremdkörper des Kehlkopfs. (Sopra un caso di un corpo straniero della laringe estratto per le vie naturali.)** *Rivista Veneta di scienze mediche. 15. Nov. 1912.*

42jährige Frau, verspürt beim Essen plötzlich einen starken Schmerz im Halse. Bei der Laryngoskopie sieht man Röthung und Infiltration der Epiglottis und der Taschenbänder, sowie eine kleine Ulceration an der Basis der Epiglottis. Nach einigen Tagen nahm die Schwellung erheblich ab und jetzt konnte man im Kehlkopf einen Fremdkörper sehen, dessen eines Ende im linken Morgagni'schen Ventrikel lag, während das andere frei im Larynx gegen den rechten Aryknorpel gerichtet lag. Extraction mit der Zange; es handelte sich um einen Hühnerknochen.

Verf. hebt das Fehlen aller Reflexe hervor (kein Husten oder Dyspnoe) und spricht von der Möglichkeit, solche Fälle mit Abscessen des Larynxeingangs zu verwechseln.

FINDER.

76) **Sojo** (Barcelona). **Subglottischer Fremdkörper, im Ringknorpel feststeckend; Extraction mittels Laryngotomie. (Cuerpo extrano de la laringe subglotica, enclavado en el cricoides, extraido por laringotomia.)** *La Oto-rino-laringologia. September 1912.*

Fünfjähriges Kind; Aspiration von 2 Stück Piniennussschale. Erstickungsanfall; es wurde Tracheotomie gemacht. Acht Tage darauf sah S. das Kind und machte in Chloroformnarkose die directe Laryngoskopie. Der Aditus laryngis war durch entzündliche Schwellung verengt; Cricotomie; Extraction des Fremdkörpers. Heilung.

TAPIA.

77) **Sargnon** (Lyon). **Subglottischer Fremdkörper. (Corps étranger sousglottique.)** *Lyon médical. 1912.*

Die Diagnose wurde gestellt in Folge der klinischen Erscheinungen (plötzlicher Erstickungsanfall im Verlauf einer Mahlzeit), trotzdem die Röntgenaufnahme ein negatives Ergebniss gab. Tracheotomie; Extraction eines kleinen Knochens. Schwere bronchopneumonische Erscheinungen, die das Liegenlassen der Canüle mehrere Tage lang nöthig machten. Heilung.

GONTIER DE LA ROCHE.

78) **W. Kent Hughes. Vier Fälle von Fremdkörpern in der Trachea. (Four cases of foreign bodies in the trachea.)** *Australian medical journal. 15. März 1913.*

Drei Fälle betrafen Kinder von drei resp. zwei Jahren resp. elf Monaten. In allen drei wurde der Fremdkörper durch hohe Tracheotomie entfernt. Im Fall des kleinsten Kindes trat nach Anwendung des Bronchoskops Collaps ein, die Trachea wurde schnell eröffnet und ein zwischen die Stimmbänder eingeklemmter Pflaumenstein entfernt.

Der letzte Fall betraf ein vier Jahre altes Kind, das sechs Monate zuvor ein Halfpennystück verschluckt hatte. Oesophagoskopie zeigte das Vorhandensein von Granulationen in Höhe des zweiten Rückenwirbels. Röntgenaufnahmen zeigten den Fremdkörper zwischen Trachea und Oesophagus. Die Clavicula, erste Rippe und Manubrium sterni wurden durchtrennt und man fand den Fremdkörper in einer grossen Abscesshöhle hinter dem Oesophagus. Pat. starb 7 Tage später; der gebildete osteoplastische Lappen war gangränös geworden und ein spitzes Knochenstück hatte die Pleura durchbohrt.

A. J. BRADY.

79) **Koschier. Fremdkörper der Trachea.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 6. December 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 50. 1912.*

Verf. stellt einen Pat. vor, bei welchem er einen ungewöhnlich grossen Knochen unbestimmbarer Provenienz aus der Trachea entfernt hat und spricht im Anschluss daran über weitere drei Fremdkörperfälle der tieferen Luftwege.

O. CHIARI.

80) **K. Kofler. Zwei Fälle von Fremdkörpern in den tieferen Luftwegen.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 20. December 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 1. 1913.*

Erster Fall. 17 Monate altes Mädchen. Bohne im Hauptbronchus. Extraction

von der Tracheotomiewunde durch das Brünings'sche Rohr. Besonders erwähnenswerth ist das beständige Ausweichen des Larynx vor dem einzuführenden Rohr und die dadurch bedingte Unmöglichkeit der oberen Bronchoskopie, möglicherweise erklärbar durch die Erschlaffung der den Larynx fixirt haltenden umgebenden Gewebe in Folge der Narkose und ferner das Verschwinden der Asphyxie nach der Tracheotomie noch vor der Fremdkörperextraction, endlich die Insufficienz der Tracheotomie allein zur Erreichung von Fremdkörperentfernung.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen vierjährigen Knaben, bei welchem eine blaue, durchlochte Glasperle mittels oberer Bronchoskopie in Narkose aus dem rechten Hauptbronchus entfernt werden konnte.

In der Discussion zu diesen Fällen betont Hajek, dass er die Besserung der Athmung nach der Tracheotomie noch vor der Fremdkörperentfernung darauf zurückführen möchte, dass der Spasmus der Glottis ausgefallen ist, welcher durch Anwesenheit eines Fremdkörpers auch vom Bronchus aus ausgelöst wird.

O. CHIARI.

81) **Sidney Yankauer. Drei Fälle von Fremdkörpern im Bronchus. (Three cases of foreign body in the bronchus.)** *The Laryngoscope. October 1912.*

1. Neun Jahre altes Mädchen; hatte ein Getreidekorn inhalirt. Schwere fieberhafte Bronchitis, besonders rechts. Bronchoskopie in Narkose, leichte Extraction des Fremdkörpers aus dem rechten Bronchus.

2. Zehn Monate altes Kind aspirirte eine offene Sicherheitsnadel. Röntgenaufnahme am selben Tage zeigt die Nadel schräg zwischen dritter und vierter Rippe mit der Spitze nach aufwärts; das untere Ende der Nadel lag beträchtlich nach links von der Mittellinie, so dass sie ein Stück in den linken Bronchus hineinragen musste. Unter Aethernarkose Einführung des Tubus, jedoch gleich am Anfang der Trachea konnte das Rohr wegen einer Schwellung der Trachealschleimhaut nicht weiter geschoben werden; man erblickte aber in einer Distanz von ca. 3 cm jenseits des Rohrendes den Fremdkörper. Verf. führte die geschlossene Zange durch die verengte Stelle des Trachealrohrs bis dicht über den Fremdkörper, öffnete sie und schloss sie dann wieder. Der Fremdkörper wurde so gefasst, es konnte constatirt werden, dass er frei beweglich war und die Extraction mit dem Tubus zusammen gelang leicht.

3. Vier Jahre alter Knabe, soll im Alter von einem Jahr eine eiserne Schraube verschluckt haben. Erste Untersuchung dauerte eine Stunde, zweite Untersuchung zwei Stunden. Trotz der langen Anwesenheit des Rohrs im Larynx keine Schädigung desselben. Bevor ein dritter Versuch gemacht wurde, wurde das Kind gegen Anrathen aus dem Hospital genommen. Verf. glaubt, der Fremdkörper liege eingebettet im Narbengewebe in der Wand einer Bronchektasie oder nahe einer solchen.

EMIL MAYER.

82) **Cheval. Extraction eines Fremdkörpers aus dem linken unteren Bronchus zweiter Ordnung. (Extraction d'un corps étranger de la bronche secondaire inférieure gauche.)** *Société clinique des hôpitaux de Bruxelles. 19. April 1913.*

Fünfjähriges Kind hat einen Schuhknopf aspirirt; vergeblicher Extractions-

versuch durch die Tracheotomiewunde. Die Röntgenaufnahme zeigt den Fremdkörper im sechsten linken Intercostalraum. Extraction mittels unterer Bronchoskopie. Heilung.

PARMENTIER.

83) **Guigou de Costa. Ein bronchoskopischer Fall. (Un caso di bronchescopia.)** *Archivos de Otorinolaringologia. September 1912.*

5 cm lange Stecknadel mit schwarzem Kopf bei einem achtjährigen Mädchen 35 Tage lang im linken Bronchus eingekeilt und einen grossen Lungenabscess hervorrufend. Extraction mittels Bronchoskopie. Heilung.

TAPIA.

f) Schilddrüse.

84) **C. Goris. Kropf. (Goitre.)** *Annales de la société médico-chirurgicale de Brabant. No. VII. 1912.*

Anlässlich eines Falles von enormem Kropf bei einem 17jährigen jungen Mann bespricht Verf. die verschiedenen Operationsmethoden; die intracapsuläre Ausschälung ist zwar mühseliger als die Enucleation, jedoch sind bei ihr die N. recurrentes nicht so gefährdet.

PARMENTIER.

85) **Blitstein** (Nürnberg). **Die Behandlung des Kropfes mit Röntgenstrahlen und ein Fall von Idiosynkrasie.** *Der praktische Arzt. No. 7. 1913.*

Während in vielen Fällen die Röntgenbestrahlung bei Struma gute Erfolge gab, traten bei einer 44jährigen Frau schon nach der ersten Bestrahlung eigenthümliche Erscheinungen auf: Fieber, Kopfschmerzen, Mattigkeit, hohe Pulsfrequenz (Resorptionsfieber?).

SEIFERT.

86) **v. Funke** (Prag). **Ueber acuten Morbus Basedowii.** *Centralbl. f. innere Medicin. No. 28. 1913.*

In den vier mitgetheilten Fällen von acutem Morbus Basedowii stellte sich als auslösende Ursache eine schwere psychische Erschütterung dar. Die Behandlung war eine hygienisch-diätetische mit Einschaltung des Ruheprincips durch lange Zeit. Später kamen milde hydriatische Proceduren in Betracht. Die Antithyreoidinpräparate von Möbius hatten bei hochgradiger nervöser Erregbarkeit keinen guten Erfolg, anscheinend eine gegentheilige Wirkung.

SEIFERT.

87) **Berard** (Lyon). **Ueber die Behandlung des Morbus Basedow beim Kinde. (A propos du traitement de la maladie de Basedow chez l'enfant.)** *Lyon médical. 4. Mai 1913.*

Drei Fälle. Verf. unterbindet die Art. thyreoidea.

GONTIER DE LA ROCHE.

g) Oesophagus.

88) **K. Kofler. Oesophagusdilatation.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 22. November 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 48. 1912.*

Verf. stellt eine Frau vor, welche wegen jahrelang währendem Cardiospasmus unbekannter Ursache mit enormer Oesophagusdilatation operativ behandelt

worden ist. Der dilatirte Oesophagus verursachte durch Compression der Trachea von hinten starke Athembeschwerden und Cyanose. HANSZEL.

89) **H. Pollitzer. Dilatation des Oesophagus in Folge Vaguslähmung.** *Wiener med. Wochenschr. No. 6. 1913.*

In der Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde demonstrirte P. das Präparat eines intra vitam diagnosticirten Falles von spindelförmiger Dilatation des Oesophagus, welche durch die Autopsie bestätigt wurde (wird später publicirt). HANSZEL.

90) **Liébault. Fremdkörper (Gebiss) des Oesophagus. (Corps étranger, dentier, toléré par l'oesophage sans réaction notable pendant 27 jours.)** *Revue hebdom. de laryng. No. 14. 1913.*

Patientin wurde unmittelbar nach dem Verschlucken des Gebisses von zwei Aerzten sondirt und besonders wurde die Anwesenheit eines Fremdkörpers geleugnet. Erst als die Schmerzen im Rücken, trotz einer gegen die Oesophagitis eingeleiteten Behandlung nicht wichen, führte Moure das Oesophagoskop ein. Die Extraction gelang nach zwei vergeblichen Versuchen und nachdem schon die Möglichkeit einer Pharyngotomia retrothyreoidea erwogen worden war. Der Fremdkörper sass hinter dem Ringknorpel. LAUTMANN.

91) **M. Gantz. Ueber Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre. Zwei seltene Fälle von Fremdkörpern mit eigenthümlicher Complication. (O usuwaniu ciat obcych z pketyku. Dwa szadkie [powiktania ciat obcych w pketyku.)** *Medycyna. No. 24/25. 1913.*

Verf. beobachtete zwei Fälle von Fremdkörpern mit seltener Complication und zwar barst im ersten Falle vier Wochen nach dem Verschlucken einer Fischgräte ein retroösophagealer Abscess in den Wirbelkanal mit tödtlichem Ausgang in Folge von Meningitis purulenta. Im zweiten Falle entstand nach Entfernung des Fremdkörpers Phlegmone colli et fistula oesophagi; der Kranke genas. Bei Besprechung der Frage der Entfernung von Fremdkörpern aus dem Oesophagus kommt der Verf. zu einer ganzen Reihe von Rathschlägen und Schlüssen von praktischer Bedeutung für die Behandlung derartiger Fälle. Die Arbeit wurde ebenfalls in deutscher Sprache veröffentlicht. A. v. SOKOLOWSKI.

92) **W. Meyer** (New-York). **Der Oesophaguskrebs vom Standpunkt der thoracalen Chirurgie.** *Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 100. H. 3. 1913.*

Empfehlung, die Operation in mehreren Sitzungen vorzunehmen und den N. vagus loszupräpariren bzw. zu durchtrennen. SEIFERT.

93) **Hohmeier** und **Magnus** (Marburg). **Experimentelles zur Oesophaguschirurgie.** *Med. Klinik. No. 22. 1913.*

Durch Experimente wurde erwiesen, dass sich eine Infection des Mediastinums vom Oesophagusstumpfe her vermeiden lässt und dass die Entfernung der Cardia vom Bauch aus mit Hülfe des Brauer'schen Apparates ohne Mühe und mit Erfolg ausführbar ist. SEIFERT.

IV. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Heinrich Braun. Die Localanästhesie, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendung.** Dritte völlig umgearbeitete Auflage. Leipzig 1913. Joh. Ambrosius Barth.

b) **Georg Hirschel. Lehrbuch der Localanästhesie für Studirende und Aerzte.** Wiesbaden 1913. J. F. Bergmann.

Etwa gleichzeitig, die Vorreden beider Bücher sind vom März 1913 datirt, sind die Werke von H. Braun und von Hirschel erschienen. Die Localanästhesie hat in den letzten Jahren auf fast allen Gebieten der operativen Medicin solche Fortschritte gemacht, dass man jetzt wohl die Zeit für gekommen erachten konnte, diese Fortschritte zu fixiren und dem ärztlichen Publicum zusammengestellt zu unterbreiten. Diesem Zwecke dienen beide Werke und beide Werke werden dazu beitragen, die Kenntniss von den Indicationen und der Methodik der Localanästhesie in weitere ärztliche Kreise zu tragen. An sich sind die Werke recht verschieden. Während Braun wie in den früheren Auflagen, dem Titel seines Buches entsprechend, ein ganz besonders grosses Gewicht auf die wissenschaftlichen Grundlagen der Methode legt, demgemäss den Begriff des Schmerzes, die Schmerzverhütung, die Geschichte, die Chemie der Localanästhesie, die Theorie ihrer Wirkung, die einzelnen Mittel und ihre Verschiedenheiten ausführlich bespricht, daneben aber auch die Anwendung und die specielle Technik in ausgedehnter Weise erörtert, erledigt Hirschel die theoretischen Grundlagen der Methode auf sehr wenigen Seiten und beschäftigt sich fast ausschliesslich mit der Anwendungsweise in den verschiedenen Gebieten des Körpers. Beide Werke sind sehr reich illustrirt, das Buch von Braun, das nahezu 500 Seiten zählt, bringt 207 Abbildungen, das von Hirschel (128 Seiten) deren 103. Der grösste Theil dieser Abbildungen ist der Anatomie gewidmet und giebt namentlich ausgezeichnete Darstellungen der Verbreitung der einzelnen Nervenbezirke; diese Abbildungen sind zum Theil anatomischen Lehrbüchern und Atlanten entlehnt, zum Theil aber auch, namentlich bei Braun, Originale. Neben den anatomischen Abbildungen sind die genaue Angabe der Einstichstellen zur regionären Anästhesie u.s.w. hervorgehoben. Auch Abbildungen von Instrumenten werden gegeben, manchmal recht dankenswerth, wenn es sich um principielle Formen oder von den Autoren angegebene Originalinstrumente handelt. Manchmal aber sind der modernen Richtung folgend auch Instrumente und Apparate abgebildet, die allgemein bekannt sind und die man in jedem Instrumentenkatalog abgebildet findet. So kann man sich bei Braun allenfalls noch die Abbildungen der Aethylchloridtuben (Fig. 2) zur Noth gefallen lassen; was in aller Welt aber lernt man z. B. davon, wenn Hirschel auf Seite 8 eine ganz gewöhnliche Glasflasche abbildet, auf deren Schild Novocain. steril. steht.

Die Beschreibung der Technik der Localanästhesie ist bei beiden Werken gut; man merkt, dass beide Autoren ihre Darstellung auf Grund eigener breiter Erfahrung geben. Die Localanästhesie in den uns interessirenden Gebieten Kopf, Gesicht und Hals, finden in beiden Werken ausführliche und eingehende Beschreibung, namentlich sind die neuerlich so an Bedeutung gewinnende Leitungs-

anästhesie und Ganglienbetäubung ausführlich besprochen. Haben ja beide Autoren gerade auf diesem Gebiete selbstständig und originell gearbeitet. Die Studie von Braun über „Localanästhesie bei Operationen im Trigeminusgebiet" (1911) gehört ja zu dem besten, was auf dem vorliegenden Gebiet geschrieben worden ist.

Die dritte Auflage des rühmlichst bekannten und geschätzten Werkes von Braun — Hirschel, der ja nur die zweite Auflage kennen konnte, sagt in seiner Vorrede: „Wer heut' eine zusammenhängende Abhandlung über Localanästhesie schreibt, muss mit Braun beginnen und mit Braun endigen", ein Urtheil, dem sich Referent gern anschliesst — stellt einen Merkstein in der Geschichte der Localanästhesie dar; es ist in ihr wohl so ziemlich alles erörtert und kritisch erwogen, was in den etwa 30 Jahren, seitdem wir Localanästhesie haben, an Fortschritten der Methode geleistet worden ist; es ist ein Buch erwachsen aus ausgedehntester Literaturkenntniss und reichster persönlicher Erfahrung. Für den Praktiker, der nur die Technik der Methode und ihren gegenwärtigen Standpunkt kennen lernen will, kann aber auch das kürzere Buch von Hirschel, der sich im Wesentlichen auf die Erfahrungen der Heidelberger Klinik stützt, warm empfohlen werden.

P. Heymann.

---

c) Laryngologische Section der Warschauer Medicinischen Gesellschaft.

Sitzung vom 26. September 1912.

Vorsitzender: Meyerson.

Samenhof demonstrirt einen Patienten, der plötzlich an Symptomen einer acuten Entzündung der Highmorshöhle erkrankte. Es wurde ein Zahn extrahirt und das Antrum von der Alveole aus eröffnet. Nach einigen Tagen Oedem des linken Auges, Fieber und eitriger Ausfluss aus der Nase, späterhin Erblindung. Nach Aufnahme ins Krankenhaus: Exophthalmus, stinkender Eiter aus dem Thränensacke, Eiter im mittleren Nasengange, Atrophie des Sehnerven. Es wurden alle Nebenhöhlen linkerseits eröffnet, woraufeine Besserung eintrat und die Symptome verschwanden mit Ausnahme der Sehnervenatrophie.

Dobrowolski demonstrirt einen achtjährigen Knaben, der vor neun Monaten Scharlach und nach vier Wochen Masern durchmachte. Als Complication bei den Masern entwickelte sich eine Laryngitis crouposa, die zur Tracheotomie führte. Doch konnte später die Canüle wegen Dyspnoe nicht entfernt werden, man diagnosticirte eine Posticuslähmung. Nach vergeblicher Anwendung aller möglichen Mittel entschloss sich D. zur Resection des linken Stimmbandes, da dieses ganz unbeweglich war. Nach einigen Wochen gelang es, die Canüle zu entfernen, der Kranke athmet und spricht gut.

Szmurlo demonstrirt: 1. eine Kranke mit Lymphosarcoma cavi nasopharyngei. Die Kranke klagt über Verstopfung der rechten Nasenseite, Schmerzen im rechten Ohre, Ohrensausen und Schwerhörigkeit. Bei der Untersuchung findet man einen Tumor, der die rechte Seite des Nasenrachenraums ausfüllt und in die Nase hineinwuchert. Die Lymphdrüsen unter der Maxilla sind vergrössert.

2. Zwei Fremdkörper, die aus der Speiseröhre mittels Oesophagoskops entfernt wurden. Er lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass, wenn in

der Speiseröhre ein organischer Körper sich befindet, bei Annäherung mit dem Oesophagoskop ein schlechter Geruch verspürt wird.

Sitzung vom 31. October 1912.

Vorsitzender: Meyerson.

Polanski stellt einen jungen Mann vor, der seit einigen Monaten über heftige Halsschmerzen klagt, seit einigen Tagen Heiserkeit. Im Pharynx eine mit grauem Belag bedeckte Ulceration am hinteren linken Gaumenbogen; im Kehlkopf Ulceration der rechten Stimmlippe. Beide Stimmlippen verdickt und stellenweise grau belegt. Die Mutter des Kranken starb an Tuberculose. In den Lungen ist eine Veränderung in beiden Spitzen nachweisbar. P. hält den Fall für Tuberculose.

Szmurlo demonstrirt eine 29jähr. Kranke mit colossalen Tumoren am Halse, die sich im Laufe von acht Monaten aus kleinen Lymphdrüsen entwickelt haben. Links erreicht der Tumor die Grösse eines kindlichen Kopfes, rechts etwas kleiner. Die rechte Gaumenmandel ist infiltrirt, vergrössert. Schmerzen beim Schlucken und Schwerhörigkeit. Vater an Krebs gestorben. Mikroskopische Diagnose eines excidirten Mandelstückes — Lymphosarcoma.

Heiman erinnert sich eines ähnlichen Falles, wo nach Erysipelas die Tumoren am Halse verschwanden, doch ging die Kranke an inneren Metastasen zu Grunde.

Sitzung vom 28. November 1912.

Vorsitzender: Meyerson.

Erbrich demonstrirt einen 42jähr. Mann, der seit 5 Monaten an Heiserkeit leidet. An der rechten Stimmlippe eine bohnengrosse Geschwulst, deren Umgebung infiltrirt ist; die Beweglichkeit ist erhalten. Diagnose: Maligne Geschwulst. E. beabsichtigt die Geschwulst in der Schwebelaryngoskopie endolaryngeal zu operiren.

In der Discussion äussern sich Meyerson für die halbseitige Resection, Lubliner für totale Exstirpation des Kehlkopfes.

Dobrowolski stellt ein neunjähriges Mädchen vor mit Fieber und Halsschmerzen seit zwei Tagen. Rechts über der rechten Mandel eine Ulceration mit schmutzigem Detritus. Die mikroskopische Untersuchung zeigte Bacillus fusiformis und Spirillen. Diagnose: Angina Vincenti.

Lubliner demonstrirt zwei anatomische Präparate: 1. Den Kehlkopf eines 52jährigen Mannes, der mit Dyspnoe aufgenommen wurde. Laryngoskopisch: Geschwulst unterhalb der Stimmbänder. Dem Kranken wurde die Tracheotomie vorgeschlagen, doch willigte Pat. in dieselbe nicht ein und in der Nacht erfolgte plötzlich Exitus. Am Präparat sieht man, dass die subglottische Geschwulst durch Vereiterung der Platte des Ringknorpels entstanden ist. Injection oder spontanes Bersten des Eiterbeutels würde den Kranken gerettet haben. Die Aetiologie dieser Vereiterung ist nicht eruirt worden.

2. Ein Os ethmoidale mit thrombosirtem Sinus cavernosus und transversus, stammend von einer Frau, die mit Symptomen einer Meningitis aufgenommen wurde. Beiderseitiger Exophthalmus, Chemosis conjunctivae. Die Lumbalpunction ergab klare Flüssigkeit. Im Blute Meningokokken. Diagnose: Meningitis cerebrospinalis acuta.

Autopsie: Die ganze linke Gehirnhemisphäre mit Eiter bedeckt, im Sinus sphenoidalis fehlt das Septum und die ganze Höhle ist mit Eiter ausgefüllt; Thrombosis des Sinus cavernosus und transversus. Das Ohr unverändert. Die Ausgangsstelle des ganzen Processes scheint in der Eiterung des Sinus sphenoidalis zu sein. Welche Rolle in diesem Process der Meningococcus gespielt hat, ist nicht erklärt.

Sitzung vom 19. December 1912.

Vorsitzender: Meyerson.

Krukowski demonstrirt ein 22jähr. Mädchen mit objectiv wahrnehmbarem klopfendem Geräusch im Ohr, verbunden mit unwillkürlichen rhythmischen Bewegungen (ca. 100mal in der Minute) am Kehlkopf, Zunge, Gaumen und Muskeln am Mundboden. Der Kehlkopf steigt auf und ab, die Zunge bewegt sich nach vorn und hinten, das Ligamentum palatoglossum und palatopharyngeum nach innen und aussen, die Uvula nach oben. Während des Schlafes hören die Bewegungen auf, desgleichen beim Ablenken der Aufmerksamkeit und bei Druck auf den Kehlkopf. Die Anamnese ist negativ, kein psychisches Trauma; die Psyche ist normal. Die Kranke bekommt oft Herzklopfen mit Athembeschwerden und fühlt sich sonst schwach. Die Diagnose schwankt zwischen Hysterie und idiopathischen Muskelzuckungen auf degenerativer Basis. Da keine hysterischen Stigmata vorhanden sind und die suggestive Therapie ohne Erfolg geblieben ist, neigt Kr. zur zweiten Diagnose.

Oppenheim demonstrirt einen 45jährigen Arbeiter mit Veränderungen im Kehlkopf. Vor $1^{1}/_{2}$ Jahren untersuchte O. Pat. zum ersten Male und fand grosse röthliche Excrescenzen am rechten Stimmbande, die er mit der Curette entfernte. Hierauf KJ mit Besserung des Zustandes. Vor einigen Tagen kam Pat. mit mit Heiserkeit und Schmerzen beim Schlucken. Laryngoskopischer Befund: Die rechte Hälfte der Epiglottis ist wie abgeschnitten, Oberfläche geröthet, uneben, rechtes Lig. aryepiglotticum stark infiltrirt und ulcerirt, ebenso die Cartil. arythenoidea. Auf der laryngealen Fläche der Epiglottis erhebt sich eine grosse pilzförmige ulcerirte Masse. Die Beweglichkeit der rechten Seite ist beschränkt. In der rechten Lungenspitze kleine Infiltration.

In der Discussion meint Sokolowski, dass wir es hier mit einer chronischen Form der Tuberculose zu thun haben.

Szmurlo äussert sich für Neoplasma, räth eine Probeexcision.

Jakubowski und Erbrich demonstriren 3 Fälle von Sklerom, betreffend Geschwister mit Veränderungen in der Nase, Rachen und subchordalen Verdickungen, welche mittelst Injectionen von Autovaccine behandelt wurden. Die Diagnose wurde bakteriologisch bestätigt. Nach ca. 40 Injectionen wurde eine auffallende subjective und objective Besserung wahrgenommen, besonders wurde ein Rückgang der Infiltrationen constatirt.

In der Discussion bemerkt Sokolowski, dass die Methode der Autovaccination eine leichte und einfache ist und auch ausserhalb des Krankenhauses geübt werden könne.

A. v. Sokolowski.

d) Französischer Congress für Oto-Rhino-Laryngologie zu Paris.

Vom 5. bis 8. Mai 1913.

Rhino-laryngologischer Theil.

Präsident: Texier (Nantes).

Luc (Paris): Ueber den Zugang zum Siebbein nach der Methode von Mosher (Boston).

Gegenüber der Stelle, wo mittlere und obere Muschel miteinander verschmelzen, an der Ausbuchtung des Agger nasi, soll eine Curette eingesetzt werden, die unter leichtem Druck in die vorderen Siebbeinzellen eindringt. Von hier kann dann die Stirnhöhle und das hintere Siebbein geöffnet werden. Luc hat die Methode probirt und empfiehlt sie angelegentlichst als bequemen und ungefährlichen Weg. Die Gefahr, in die Orbita zu gelangen, wird vermieden, wenn man von unten mit dem Finger gegen das Os planum drückt, um so das Eindringen der Curette in die Orbita zu verhindern.

Discussion:

Moure entnimmt den Ausführungen Luc's, dass er die Methode zur Radicalbehandlung der Polypen empfiehlt. Eine solche Radicalbehandlung ist unmöglich. Auch wenn man das Siebbein von aussen eröffnet, recidiviren die Polypen immer.

Lombard sieht nicht ein, welchen Vortheil diese Methode Mosher's bietet in Fällen von Eiterretention im Verlaufe einer acuten Antritis frontalis. Die hohe Resection des vorderen Poles der mittleren Muschel ist dann entschieden vorzuziehen.

Vacher constatirt mit Vergnügen, dass Luc eine Methode empfiehlt, die bestimmt ist, die endonasale Behandlung der Eiterungen der Nasennebenhöhlen zu pflegen. Vacher hat schon seit Jahren diesen Methoden das Wort geredet. Die endonasalen Methoden genügen in den allermeisten Fällen zur Heilung aller Sinusitiden. Was das Missgeschick anlangt, in die Orbita einzudringen, so darf man sich die Consequenzen desselben nicht allzu ernst vorstellen. In den meisten Fällen ist nach einigen Tagen der Unfall ohne Spuren verschwunden.

Jacques sieht in den endonasalen Proceduren der Stirnhöhleneröffnung grosse Gefahren für eine Meningitis. In anderen Fällen kommt J. mit der medicamentösen Therapie aus, in chronischen Fällen sind die endonasalen Proceduren nicht zureichend.

Mouret ist erstaunt, dass Luc, der eigene Zangen zur Eröffnung des Siebbeins angegeben hat, jetzt eine neue Methode empfiehlt. Uebrigens glaubt Mouret auch nicht an die Möglichkeit, die Nasenpolypen radical operiren zu können.

Luc hält die Möglichkeit die Nasenpolypen radical zu operiren, für erwiesen; auch wenn Recidiv eintreten sollte, so ist nach breiter Eröffnung des Siebbeins die Behandlung der Recidive leichter. Für acute Fälle findet Luc es besser, die Methode nach Mosher zu befolgen, statt die Resection der mittleren Muschel vorzunehmen.

Gault (Dijon): Ueber die partielle Resection des Unterkiefers bei der Operation des Rachenkrebses auf oralem Wege.

Der Vortheil der Methode ist, dass man unter localer Anästhesie operiren

kann. Nur für die Dauer der Knochendurchsägung ist Aethylchloridanästhesie empfehlenswerth.

Castex (Paris): Ueber traumatische Anosmie.

Seit dem Gesetze über die Arbeitsunfälle ist die Anosmie wiederholt Gegenstand rhinologischer Untersuchung geworden. Die Anosmie ist mit Ageusie verbunden. Es handelt sich oft um geringfügige Traumen, Fall auf den Hinterkopf. Die Anosmie ist zumeist unheilbar. Nach Castex dürfte es sich um Zerreissung der Nervenfasern in der Lamina cribrosa handeln. Je nach der Profession ist auf 5—40 pCt. Rente zu erkennen.

Collet: Ueber die Cysten der Kieferhöhle.

Differentialdiagnostisch ist wichtig zu wissen, dass die Zahncysten am Cholestearingehalt, die Schleimhautcysten am Mucingehalt zu erkennen sind.

Toubet (Lyon): Ueber die Behandlung der Fisteln des Alveolarfortsatzes.

Es muss für den Eiterabfluss durch einen Caldwell-Luc zunächst gesorgt werden. Dann ist der Fistelgrund aufzufrischen und mit einem U-förmigen Schleimhautlappen zu überdecken.

Denis und Vacher (Orléans): Ueber die Operation von zwei Nasenrachenfibromen und einem Osteom des Siebbeins auf nasofacialem Wege.

Die Operation von Moure ist für solche Tumoren am meisten indicirt. Die perorale Intubation nach Kuhn oder die Trokarcanüle nach Butlin-Poirier erleichtert die Anästhesie.

Lombard, Mahu, Sieur: Ueber die Ozaenasammelforschung.

Es wird die Organisation in Frankreich mitgetheilt.

Lavrand (Lille): Heilung eines Falles von Ozaena seit zehn Jahren.

Fall wurde mit Kupferelektrolyse behandelt.

R. Foy (Paris): Ozon und Ozaena.

Der Autor hat seine Methode der Ozaenabehandlung mittels Athmungstherapie insofern verbessert, als er statt mit comprimirter Luft, jetzt mit comprimirtem Ozon massirt. Hierzu hat er von Gaiffe einen Apparat construiren lassen. Ozoneur à pression variable.

Brindel (Bordeaux): Ueber die Technik der submucösen Resection des Septums.

Gewöhnlicher Schleimhautschnitt. Dann wird aber die Schleimhaut mit der gewöhnliche Pince à bec de canard (eine scharfe Nasenzange mit entenförmigem Schnabel) auf beiden Seiten vom Knorpel abgehebelt und der Knorpel gleichzeitig abgeknipst. Scharfe Kanten werden mit dem Eperotome von Moure abgehobelt.

Sargnon (Lyon): Ueber die chirurgische Behandlung der Nasenbrüche.

Bei frischen Brüchen ist Reposition mittels allgemeiner oder localer Anästhesie zu machen. Die Contention des Bruches wird mit einer inneren Schiene nach Molinié oder Martin, oder mit einer anderen Schiene besorgt. In schweren

Fällen müssen beide Schienen angewendet werden. In veralteten Fällen müssen die Septumdifformitäten mit Paraffin, Catgut, Aluminium, Knochenprothese usw. behandelt werden. Die seitlichen Difformitäten werden nach Joseph operirt und mit dem Apparat von Martin in der richtigen Lage fixirt.

Mignon (Nizza): Ueber die chronische Keilbeinhöhleneiterung.

Es sollen alle Fälle operirt werden, um den seltenen aber möglichen Complicationen zu entgehen. Endonasale Operation allein zulässig.

Paulet (Limoges): Septumschanker.

Jede Syphilis soll, auch wenn sie kein Symptom macht, behandelt werden. An der richtigen Diagnose darf man durch die Latenz der Manifestationen nicht irre werden.

Philip (Bordeaux): Traumatisches Hämatom des Kehlkopfs.

Verletzung der Arygegend während der Extraction eines Polypen. Das Hämatom hat sich zu einem fibrösen Tumor umgewandelt. Die Hämatome des Septums vereitern gewöhnlich oder degeneriren cystisch.

Ladislaus Onodi: Forus olfactorius; recessus crista galli.

Vorstellung anatomischer Präparate durch Luc.

Chavanne (Lyon): Nase und Arbeitsunfall.

Bisher sind die gerichtsärztlichen Entscheidungen auf diesem Gebiete noch selten. Im Allgemeinen dürften die Schädigungen nicht unheilbar sein, dank der modernen Rhinochirurgie. Hierauf ist bei Entscheidungen Rücksicht zu nehmen.

Moure (Bordeaux): Ueber eine wenig bekannte Form der acuten Tonsillitis.

Im Anschluss an eine fieberhafte Erkrankung schwillt die Mandel an und bleibt nach Abklingen des Fiebers geschwollen, so dass Tonsillotomie nöthig wird. Moure hat dies auch bei Kindern beobachtet, die vorher schon tonsillotomirt worden sind. Auf diese Weise dürften sich auch manche Fälle von Recidiv der Adenoiden Tonsillarhypertrophie erklären.

Texier (Nantes): Ueber einen schweren Fall von Angina Vincenti mit Betheiligung des Kehlkopfes.

Trotz Einspritzung von Salvarsan und Anwendung der gesammten modernen Therapie ging Pat. nach einigen Monaten zu Grunde, nachdem er die verschiedensten Localisationen im Rachen und Kehlkopf gezeigt hat.

Luc (Paris): Ueber die Naht der Gaumenbögen als prophylaktische Maassregel bei der Totalextirpation der Mandeln bei Erwachsenen.

Es sollen, solange Patient noch anästhesirt ist, drei Seidennähte durch die Gaumenbögen gezogen werden bei allen Tonsillektomien. Alle Maassnahmen gegen die auftretende Blutung sind technisch schwierig oder auch unzuverlässig.

Discussion:

Moure spricht sich gegen die Tonsillektomie aus, die er als lebensgefährlich und absolut unnöthig bezeichnet.

Jacques glaubt, dass die Mandeln keine physiologische Aufgabe besitzen. So lange die Mandeln im Rachen sitzen, exponiren sie den Träger allen möglichen Infectionen. Die Abtragung der Mandeln muss so radical sein, wie die der Adenoiden.

Raoult ist entschieden gegen den Radicalismus bei Mandeloperationen, da vielfach die Mandeln nach Abtragung der Adenoiden von selbst verschwinden.

Bonain hat bemerkt, dass die recidivirenden Mandeln hauptsächlich bei fehlerhafter Nasenathmung auftreten.

Moure glaubt, dass auch die radicale Ausrottung der Mandeln nicht vor Wiederkehr der Abscesse, der Halsentzündungen, Rheumatismus etc. sichert. Der Waldeyer'sche Ring wird eben durch die Tonsillektomie nur an einer Stelle durchbrochen, aber nicht entfernt.

Luc ist erstaunt, dass ein so radicaler Mann wie Moure so entschieden gegen eine radicale Maassnahme sein kann, deren günstige Wirkung in praxi wiederholt zu constatiren sei.

Berthemes: Gaumensegellähmung in Folge von Trauma.

Fall auf den Hinterkopf, Hämatom am Warzenfortsatz.

Rob. Leroux: Ulcus perforans septi bei Pulverarbeitern.

Ursache ist Salpeter und Chromgehalt. Schon nach achttägiger Beschäftigung kann sich das Ulcus zeigen. Prophylaktisch empfiehlt Leroux das Tragen einer Schutzmaske, die Beschränkung der Arbeitszeit und das Spülen mit neutralisirenden Flüssigkeiten.

Bar (Nizza): Ueber das acute infectiöse Oedem des Kehlkopfes.

Mittheilung von 2 Fällen.

Kaufmann (Angers): Gesichtsneuralgie (tic douloureux) geheilt durch Alkoholinjectionen des Ganglion Gasseri.

Eine $5^1/_2$ cm lange Nadel wird $2^1/_2$ cm vor der vorderen Gehörgangswand und 1 cm unterhalb des Jochbogens eingestochen, bis sie in die Gegend des Ganglion Gasseri kommt. In einem Falle Kaufmann's hat eine einzige Injection von Alkohol die Heilung herbeigeführt. Pat. litt seit 1907 an Gesichtsneuralgie und sollte „gasserektomisirt" werden.

Rolland (Lamotte Benvern): Beiträge zur Tuberculose des Kehlkopfes.

Autor prakticirt in einem Sanatorium für Lungenkranke. Seit vier Jahren hat er bei 530 Lungenfällen 86mal Complicationen des Kehlkopfes constatirt. Therapeutisch empfiehlt er Stimmruhe, bei Infiltration Galvanokaustik und gegen Dysphagie Alkoholinjectionen. Als Princip der Behandlung gilt, dass die Patienten niemals an ihrem Kehlkopfleiden, sondern an Lungenleiden sterben.

Rob. Foy: Eine Studie über das Stottern.

Nach Würdigung der Verdienste Chervin's um die Behandlung des Stotterns bespricht Foy die Pathogenese des Leidens, das er als eine Erkrankung der Emotivität mit Localisation in das Sprachcentrum betrachtet. Zur Behandlung empfiehlt Foy einen Apparat den „Ductophone", mit dem sich Pat. allein behandeln kann. Für schwierigere Fälle verwendet er einen anderen Apparat, con-

struirt nach dem Edison'schen Phonographen, der in 15 Tagen auffallende Besserung ermöglicht.

Garel (Lyon): Nadel im linken Bronchus.

17 Monate altes Kind. Extraction mittels unterer Bronchoskopie.

Moure und Richard (Bordeaux): Ueber einige Fälle von laryngotrachealen Stenosen bei Erwachsenen.

Die Prognose der Behandlung ist gut, wenn die Beweglichkeit der Stimmlippen nicht behindert ist. Bei den anderen Formen ist es nicht immer möglich, die Canüle zu entfernen. Unter den fünf Fällen Moure's befindet sich ein Fall, in dem die Stenose im Anschluss an Laryngitis ulcero-membranosa aufgetreten ist. In einem anderen Falle stiess sich die Platte des Ringknorpels als syphilitischer Sequester los, fiel in die Trachea, wo sie sich hinter einer stenosirten Stelle festsetzte. Unter den drei anderen Fällen, die sämmtlich nach Anlage einer Stomie zur Heilung kamen, befand sich ein Fall von Stenose nach Tuberculose. Was die Stomiebehandlung anlangt, empfiehlt Moure, um die lästige Gazebehandlung zu vermeiden, einen dicken Vorsprung am Drain anzubringen, der sich dann zwischen die Lappen der Stomiewunde einschiebt und deren Verklebung verhindert.

Molinié (Marseille): Chirurgische Behandlung der Kehlkopfstenose in Folge beiderseitiger Recurrenslähmung.

Das Princip der Methode besteht darin, die Glottis dadurch zu erweitern, dass der Querdurchmesser des Kehlkopfes vergrössert und der Längsdurchmesser verkleinert wird. Hierzu schlägt M. vor, einen Schnitt durch die Mitte des Schildknorpels zu machen und links und rechts von demselben in Distanz von 5 cm je einen Parallelschnitt hierzu. Der Schnitt geht nur durch den Knorpel, während die Weichtheile unberührt bleiben. Hierauf wird der Adamsapfel nach innen gedrückt, bis er einen nach aussen weit offenen Winkel bildet. In einem Falle von M. wurde die Operation gemacht, jedoch konnte Pat. nicht decanulirt werden. Die Stimme wurde etwas tiefer, rauher, blieb aber klangvoll.

Tetrôp (Antwerpen): Ein Fall von Lepra des Rachens und der Nase.

Fall wurde aus den Colonien eingeschleppt.

Guisez (Paris): Ueber einen Fall von Speiseröhrenkrebs seit zwei Jahren mittels Radium geheilt.

In zwei anderen Fällen wurde Verschwinden der Schlingbeschwerden erzielt.

Guisez: Neues über die endoskopische Behandlung.

Der Autor beweist an einigen Fällen, dass mittels der endoskopischen Diagnostik Heilungen erzielt wurden, die ohne dieselbe, mangels richtiger Diagnose nicht zu erzielen sind. So z. B. Heilung eines Falles von Angiom der Speiseröhre (mit Radium), der als Krebs betrachtet worden ist, Heilung von vier Fällen von Oesophagusstenose nach Behebung einer congenitalen Faltenbildung im Oesophagus. Heilung von Oesophagusdivertikeln nach Dilatation der tiefer sitzenden Stenosen. Zur localen Behandlung der Bronchien und der Lungen hat G. eine eigene Spritze angegeben. Mit derselben hat er sieben Fälle von Lungengangrän

zur Ausheilung gebracht, Erfolge erzielt bei Tracheitis chronica, Ozaena trachealis (Höllensteinlösung $^1/_{10000}$).

Gault (Dijon): Zwei Fälle von Fremdkörpern in den Bronchien und im Oesophagus.

Mouret (Montpellier): Laryngo - Tracheo - Bronchoskopie und Oesophagoskopie am sitzenden oder liegenden Patienten mit starker Vorneigung des Körpers.

An der Hand von Wandtafeln zeigt Mouret, dass die Endoskopie leichter gelingt, wenn Pat. mit stark nach vorn geneigtem Körper sitzt, etwa die Stellung des Radfahrers einnimmt. Mouret hat diese Position durch seinen Schüler beschreiben lassen und demonstrirt einige Abbildungen aus dessen Inaugural-Dissertation (G. Burgues, L'endoscopie directe. Montpellier 1913).

Sargnon (Lyon): Ueber die directe Endoskopie.

Im Laufe des letzten Jahres hat S. folgende Fälle endoskopisch zu behandeln Gelegenheit gehabt: Eine Reihe von Oesophagusspasmen und Divertikeln des Oesophagus, zwei Compressionsstenosen des Oesophagus durch Aortenaneurysma, einige maligne Tumoren. S. hat bisher seit sechs Jahren 35 Fälle von narbigen Stenosen der Luftwege gesehen. Der letzte Fall betrifft einen Fall von Laryngopharyngostenose, die die Tracheotomie, Gastrostomie und retrograde laryngopharyngeale Dilatation nöthig gemacht hat. Ferner hat S. eine ganze Reihe von Fremdkörpern des Oesophagus zu behandeln gehabt, die nicht alle extrahirt worden sind, sondern auch per vias naturales abgegangen sind. Zweimal hat S. eine Laryngostomie gemacht, einmal wegen recidivirender Papillome des Kehlkopfes und einmal wegen syphilitischer Stenose. Endlich wird der Fall eines Kindes mitgetheilt, bei dem in Folge beiderseitiger Stenose der Bronchien in Folge hereditärer Lues Dilatationsbehandlung eingeleitet werden musste.

Rob. Leroux: Eine neue Methode der directen Laryngoskopie. Die Ortho-laryngoscopie autostatique.

Es wird ein Instrument demonstirt, das nach Art des Doyen'schen Mundsperrers und verbunden mit dem neuesten Killian-Spatel in Folge einer Hebelvorrichtung gestattet, die Zunge nach vorne herunter zu drängen. Man kann so frei in den Kehlkopf blicken, hat beide Hände zu einer eventuellen Intervention frei. Localanästhesie genügt. (Bei Bruneau-Paris.)

Jacques (Nancy): Tuberculom des Kehlkopfes.

Es soll die Bezeichnung Tuberculom nur für tumorartige Bildungen bewahrt werden, ohne jede andere tuberculöse Manifestation des Kehlkopfes. Solche Fälle sind schwer von Krebs zu unterscheiden. Mittheilung eines Falles.

Lannois und Bériel (Lyon): Histologische Untersuchung des oberen Kehlkopfnerven nach Alkoholeinspritzung.

Die Läsionen, die der Nerv aufweist, sind banale Läsionen, wie man sie sonst auch z. B. beim Recurrens findet, der nicht mit Alkohol injicirt worden ist. Trotz des therapeutischen Erfolges, der in dem Falle, von dem das Präparat stammt,

ein vollkommener war, ist es nach Durchsicht der Präparate schwer zu behaupten, dass der Nerv leitungsunfähig gemacht worden ist, da die Achsencylinder nicht zerstört worden sind.

Broeckaert (Gent): a) Praktisches Mittel ein Anlaufen der Spiegel zu verhindern.

Br. empfiehlt hierzu eine eigene Seife. Die Spiegel bleiben glänzend und können stundenlang gebraucht werden.

b) Heissluftbehandlung in der Laryngologie.

Modification des Apparates von Mahu, bestimmt Hyperämie im Kehlkopf zu erzeugen und, combinirt mit einer Wulff'schen Flasche, medicamentöse Dämpfe in den Kehlkopf zu leiten.

Bourgeois und Foyet (Paris): Die Elektrocoagulation in der Rhinolaryngologie.

Die Autoren haben die Elektrocoagulation versucht in einem Falle von Krebs der Epiglottis, in drei Fällen von ausgedehnten tuberculösen Geschwüren des Pharynx und in einem Falle von Lupus vegetans nasi. Der Krebs und der Nasenlupus sind geheilt worden, die zwei Patienten mit tuberculösen Geschwüren sind gebessert worden, der dritte Patient entzog sich der Behandlung. Die Autoren haben weder starke Reactionserscheinungen noch secundäre Blutungen gesehen, die Narben waren glatt und reizten nicht zu Retraction. Die Methode ist noch nicht spruchreif, doch vielversprechend.

Lafite-Dupont (Bordeaux): Ueber die submucöse Resection des Nasenflügelknorpels bei der Atresie des Naseneinganges und der Aspiration der Nasenflügel.

Technisch nicht leichte Methode (Ref.), die im Ausschneiden eines elliptischen Stückes des Nasenflügelknorpels mit nachherigem Vernähen des Nasenflügels besteht. Die Physiognomie der Nase wird dadurch geändert, doch ist das wenig auffallend, da die Veränderung beide Seiten betrifft.

Für 1914 wurden folgende Referate bestimmt: 1. Indicationen und Technik der Laryngektomie (Dr. Lombard). 2. Ueber die Nachbehandlung nach Warzenfortsatzoperationen (Dr. Weismann).

Lautmann (Paris).

V. Briefkasten.

85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

Für die im September in Wien stattfindende Versammlung hat Prof. Gluck (Berlin) ein Referat über folgendes Thema übernommen: „Das technische und functionelle Problem bei den Operationen an den oberen Luft- und Speisewegen.“

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Nettelbeckstr. 17.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIX. Berlin, October. 1913. No. 10.

I. Der gegenwärtige Stand der directen Untersuchungsmethoden in Japan.[1])

Von

Prof. Dr. Ino. Kubo,

Director der Universitäts-Ohren-, Nasen- und Halsklinik zu Fukuoka, Japan.

Die directen Untersuchungsmethoden wurden erst nach meiner Heimkehr (1907) hauptsächlich von mir und meinen Schülern eifrig studirt und gefördert. Vor meiner Heimkehr wurde das Instrumentarium allerdings von Fachcollegen, z. B. Tanaka, Nishiyama usw. eingeführt und zeitweise benutzt, aber die allgemeine praktische Anwendung fand erst seit 1907 statt.

Die Oesophagoskopie wird meist bei Fremdkörperfällen angewendet. Die Zahl der seit 1907 veröffentlichten Fremdkörperfälle mit ösophagoskopischer Behandlung ist 150; davon wurden 127 in meiner Klinik und 23 von anderen Aerzten behandelt. Auf Grund meiner Erfahrungen werde ich einige Punkte hervorheben. Die Fälle betreffen meist Kinder, bisweilen aber auch alte Leute, da dieselben oft schlechte Zahnprothesen tragen und unvorsichtig essen. Das männliche Geschlecht ist vorwiegend betroffen (männlich 84, weiblich 43). Die Art der Fremdkörper ist bei uns etwas anders wie in Europa, da die Gewohnheiten und Nahrungsmittel verschieden sind. Es handelt sich meistens um Münzen, Fischgräten, Zahnprothesen, Spielzeuge usw.

---

1) Discussionsbemerkung zu dem Referat über „Neuere Fortschritte der endoskopischen Methoden etc." XVI. Internationaler Congress für Medicin. London, 6. August 1913.

Die Oesophagusfremdkörper wurden früher ausschliesslich durch Oesophagotomie, Münzenfänger oder Herunterstossen behandelt. Der Münzenfänger ist noch heute ein vielgebrauchtes Instrument bei Oesophagusfremdkörpern, trotzdem er oft schauderhafte Folgen mit sich brachte. Die Einwände gegen die Oesophagoskopie sind hauptsächlich, dass die Technik schwierig und das Instrumentarium teuer ist. Aber unser Bestreben hat die Fachwelt so weit angespornt, dass man heute die Wichtigkeit der Oesophagoskopie auch bei uns versteht und das Instrumentarium in jedem grossen Hospital vorhanden ist. Die Zunahme der ösophagoskopischen Fremdkörperfälle auch ausserhalb meiner Klinik beweist dies:

		An meiner Klinik	
	Fälle ausserhalb	ösophagoskopisch untersucht	positiver Befund und ösophagoskopisch extrahirt
1906:	1	—	—
1907:	0	9	7
1908:	2	12	9
1909:	0	15	13
1910:	2	19	15
1911:	2	22	9
1912:	6	34	21
1913:	10	(bis Juni) 16	10
	23	127	84

Beiläufig sei erwähnt, dass japanische Laien aus Aberglauben Amuletspapier der Tempel schlucken, wenn sie einen Fremdkörper im Oesophagus haben, um denselben hinunterzubefördern, was aber natürlich nur dazu dient das Lumen des Oesophagus noch weiter zu verengern.

Die Oesophagoskopie wird bei uns fast ausschliesslich von Specialisten ausgeübt. Unter denselben sind zu nennen: Tanaka, Tatsumi, Saito, Okada, Azai, Matsuzaki, Yoshii, Yokote usw. und meine Schüler: Kaji, Katsuyza, Matsui, Nogawa, Kohsokabe, Sakurama, Mashida, Inouye, Sekikawa, Kaku usw.

Bei der Extraction einer Zahnprothese muss man eine Ecke derselben suchen, sie von der Schleimhautwulst losmachen und an dieser Ecke fassen. Dazu benutzt man am besten ein schräg geschnittenes Rohr. Selbst ein rundlicher Fremdkörper, wie eine Münze, macht bei langem Verweilen einen Recessus an der Oesophaguswand, was die Sondirung erschwert. Bei Fremdkörperfällen fand ich keine Contraindicafion gegen Oesophagoskopie, sogar bei Abscessbildung wegen Fremdkörper konnte ich immer mit gutem Resultate ösophagoskopiren.

Bei Tumoren, besonders bei Carcinomen ösophagoskopire ich nicht nur zu diagnostischen Zwecken, sondern auch zu therapeutischen, z. B. zwecks Excision kleiner Geschwülste oder zur Einführung einer Dauercanüle, welche dem Kranken die Gastrostomie erspart. Beim Einführen des Radiumstiftes in den Oesophagus benutze ich ebenfalls die Oesophagoskopie und auch bei der Untersuchung und Behandlung der Oesophagusstenose in Folge chemischer Aetzungen; blinde Sondirung ist hierbei sehr gefährlich. Ich habe seit 2 Jahren bei 4 solchen Patienten ösophagoskopische Dilatation nach Gastrostomie probirt, 2 von ihnen genasen, während 2 sich noch in Behandlung befinden. Meine erfolgreiche Punction eines periösophagealen Senkungsabscesses in Folge von Brustwirbelkaries ist bereits veröffentlicht worden (Archiv f. Laryng. Bd. 25. H. 3).

Da ich meine, dass die Thoraxchirurgie mit directen Untersuchungsmethoden Hand in Hand gehen muss, so untersuche ich die Oesophaguscarcinomkranken systematisch mittels der Oesophagoskopie und bestimme exact die Beschaffenheit und Localisation der Tumormasse, bevor ich sie nach der chirurgischen Klinik schicke. Jedes Leiden des Oesophagus, besonders bei alten Leuten, muss ösophagoskopisch untersucht werden, damit eine frühzeitige Diagnose ermöglicht wird.

Die Benutzung der directen Laryngo-Tracheo-Bronchoskopie ist im Allgemeinen viel seltener in Japan als die Oesophagoskopie, aber ich selbst jedoch habe ziemlich reiche Erfahrungen. Der erste mittels der oberen Bronchoskopie mit Erfolg behandelte Fall datirt vom 15. September 1907, an welchem Tage ich einen Knopfnagel bei einem 5jährigen Knaben aus dem linken Bronchus glatt entfernte, der vor 6 Monaten aspirirt worden war und dem Kranken eine schwere Pneumonie verursacht hatte. Mir sind 28 Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen aus der Literatur und durch Privatmittheilung bekannt, welche in Japan durch die directe Methode behandelt wurden. Von diesen wurden 20 Fälle in meiner Klinik behandelt. Bronchialfremdkörperfälle sind im Ganzen 17, darunter 14 in meiner Klinik, behandelt worden. Die sämmtlichen Fälle vertheilen sich folgendermaassen: Nishiyama 2 Fälle (Bronch. inf., gerettet), Mishima 1 Fall (Bronch. inf., gestorben) und in meiner Klinik: Kubo 11 Fälle (in 8 Fällen wurden die Fremdkörper durch Bronchoscopia superior glatt extrahirt, Heilung; in 2 Fällen nach und vor der oberen Bronchoskopie ausgehustet und in 1 Falle glatte Extraction mit Heilung durch Bronch. inf.) und je 1 Fall (Bronch. sup.) von meinen Assistenten: Nogawa (der Fall gerettet), Matsui (der Fall gestorben), und Sakurama (der Fall gestorben). Die Bronchialfremdkörper sind Bohnen (4mal), Obstkerne (4mal), Pfeifen (3mal), Pflanzensamen (3mal), Nagel (1mal), Trachealcanüle (1mal) und Hummerschale

(1mal). Ich ziehe stets die obere Bronchoskopie vor und habe nur einmal bei einem bereits Tracheotomirten durch Bronch. inf. die Extraction vorgenommen, da der Patient schon eine Canüle trug. Man muss bei der oberen Bronchoskopie der Kinder die Kopflage des Kranken und die Dauer der Untersuchung berücksichtigen. Das Rohr soll natürlich nicht zu dick sein. Postoperative Dyspnoe habe ich noch nicht beobachtet.

Ueber die Diagnose und Behandlung der Trachealtumoren (1 primäres Carcinom, 1 Fibrom) und der Stenose habe ich schon beim letzten internationalen Congress (1909 in Budapest) berichtet.

Bei der Indicationsstellung für das Decanulement ist die directe Untersuchung mir unentbehrlich. Bei asthmaähnlichen Athembeschwerden der Kinder findet man oft durch Tracheobronchoskopie deutliche Vorwölbung einer Bronchialdrüse und Verengerung der Bronchialeingänge (Kubo und Toyama). Bei Asthma bronchiale nehme ich in der Regel die Bronchoskopie vor und entdeckte gelegentlich maskirte Aneurysmen. Intrabronchiale Bepinselung mit Cocain-Adrenalinlösung bei Asthmaanfällen gelingt sehr gut durch das Rohr.

Die Kehlkopfbefunde der kakke- oder beriberikranken Säuglinge[1]) wurden von mir im Jahre 1911 durch directe Untersuchung entdeckt. Ich fand solche seither in 5 Fällen mit Recurrenslähmung (meist links), Oedem der Arygegend oder Anästhesie der Kehlkopfschleimhaut. Es ist sehr merkwürdig, dass das Kakkegift bei Säuglingen den Kehlkopf mehr als bei Erwachsenen angreift. Als neu möchte ich bezeichnen, dass ich (1913) bei einem 15jährigen Mädchen eine linksseitige Recurrenslähmung ohne bekannte objective Ursache durch sorgfältige Untersuchung auf eine Säuglingskakke zurückführen konnte. Dieses Mädchen wurde als Kind von seiner kakkekranken Mutter gestillt und war schon damals heiser. Hiermit glaube ich, dass ein neues Moment zur Aetiologie der Recurrenslähmung hinzugefügt ist.

Was das Instrumentarium angeht, so benutzt man in Japan bald Killian's, bald Brünings' Elektroskop. Kleinere Modificationen sind selbstverständlich auch bei uns vorhanden.

---

1) Unter Säuglingskakke oder -Beriberi versteht man eine Krankheit mit Heiserkeit, Erbrechen, Unruhe, Appetitlosigkeit, Oedem oder Abmagerung usw., welche durch Stillen mit der Milch einer kakkekranken Frau hervorgerufen wird. Prof. Ito nennt dieses Leiden Muttermilchvergiftung, wenn Kakkesymptome der Stillenden fehlen.

II. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Blümel** (Halle). **Fortschritte auf dem Gebiete der Kehlkopf- und Nasenkrankheiten.** *Fortschr. d. Med. No. 21. 1913.*

Kritische Uebersicht.

SEIFERT.

2) **A. Onodi** (Budapest). **Die rhinolaryngologische Klinik der Budapester Universität.** *Orvosi Hetilap. No. 22. 1913.*

Der Unterricht der Rhino-Laryngologie an der Budapester Universität steht mit dem Beginn der Thätigkeit von Czermak im Zusammenhange. Czermak hat vom Jahre 1858 den Lehrstuhl für Physiologie an der Universität bekleidet und mit seinen zahlreichen Demonstrationen hier eine Schule gebildet. Die Klinik selbst ist im Jahre 1911 errichtet worden und verfügt vorläufig über 18 Betten mit entsprechender Einrichtung.

POLYAK.

3) **Hernando Segui** (Habana). **Die Otorhinolaryngologie in Cuba. (La Otorinolaringologia en Cuba.)** *Cronica medico quirurgica de la Habana. 1. Juli 1912.*

Verf. schildert die Entwicklung der Otorhinolaryngologie auf der Insel Cuba und die Stellung des Faches daselbst.

TAPIA.

4) **F. G. Lang. Die Herde des Cylinderepithels in der Schleimhaut des oberen Respirationstractus. (Ogniska nabtonka walcowatego w btonie sluzowej gornego odeinka przetyku.)** *Gazeta Lek. No. 18. 1913.*

Verf. beschreibt einen von ihm beobachteten Fall mit typischen Rüdinger-Schaffer'schen Herden, welche zugleich mit einer Reihe von Entwicklungsanomalien entstanden sind. Die cylindrischen Epithelherde (2,5 × 1,2 cm und 2,0 × 0,9 cm breit), localisirt im oberen Theile des Oesophagus auf der Höhe des 8. Wirbels, wucherten in die Schleimhaut hinein in Form von Drüsen, welche ihrer Structur nach an den Bau von Magendrüsen erinnerten. Interessante histologische Details müssen im Original nachgelesen werden.

v. SOKOLOWSKI.

5) **R. L. Crockett. Immunotherapie in Ophthalmologie und Otolaryngologie. (Immuno-therapy in ophthalmology and oto-laryngology.)** *New York State journal of medicine. April 1913.*

Verf. stellt folgende Bedingungen für die Anwendung der Immunotherapie auf: Die Erkrankung muss local sein, sie muss chronisch oder zum mindesten subacut sein, sie muss durch einen Endotoxine producirenden Organismus verursacht werden und die gebildeten Antikörper müssen zu dem Organismus Zugang haben. Schliesslich müssen wir die Gewissheit haben, dass wir den die Erkrankung verursachenden Organismus auch kennen, denn bisweilen wird Mikroorganismen eine ätiologische Bedeutung zugeschrieben, deren Vorkommen ein rein accidentelles ist.

EMIL MAYER.

6) **Z. v. Lénárt** (Budapest). **Ueber Amyloidgeschwülste der oberen Luftwege.** *Orvosi Hetilap. No. 50. 1912.*

Neue Bearbeitung eines bereits vor Jahren publicirten und hier referirten Falles mit Berücksichtigung der neueren Literatur. POLYAK.

7) **Gerber. Die bisherigen Erfahrungen mit der Salvarsan- und Neosalvarsanbehandlung der localen Spirochätosen.** Aus der kgl. Univ.-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Königsberg. *Münchener med. Wochenschr. No. 12. 1913.*

Verf. weist darauf hin, dass wir — nachdem durch maassgebende Forscher die den Protozoen zuzurechnenden Spirochäten von der Bakterienart der Spirillen streng geschieden seien — die früheren Bezeichnungen „Spirillosen", „fuso-spirilläre Affectionen" und „Spirillotropie" durch „Spirochätosen, Fuso-Spirochätosen und Spirochätotropie" ersetzen müssen. Er weist — entgegen den Anschauungen Vincent's — auf die pathologische Bedeutung der Spirochäten im Verhältniss zu dem Bacillus fusiformis bei der Plaut-Vincent'schen Angina hin, die allein schon durch den therapeutischen Effect des Salvarsans bewiesen werde. Autor erörtert sodann die Bedeutung der Spirochäten sowohl als Erreger, wie als wichtiges Accidens bei einer Reihe geschwüriger Processe der Mund-Rachenhöhle und die Beeinflussbarkeit dieser Erkrankungen durch das Salvarsan, die er durch literarische Belege und eigene Beobachtungen begründet. Auf Grund des gesammten einschlägigen Materials zieht Autor den therapeutischen Schluss, dass für die localen Spirochätosen in den leichten Fällen die locale Application genüge, und zwar in 5—10proz. wässeriger oder Glycerinlösung oder in Pulverform insufflirt. Oder man nimmt einen mit Glycerin imprägnirten Watteträger und bringt mit diesem das Salvarsan- oder Neosalvarsanpulver auf die Ulceration, wobei natürlich die Touchirung kräftig und nicht zu kurz sein darf (etwa 10 bis 15 Minuten). Die intravenösen Injectionen können für die schwereren, mit Allgemeinerscheinungen verbundenen Fälle reservirt bleiben. HECHT.

8) **Marschik. Röntgenbehandlung maligner Tumoren.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 4. April 1913. *Wiener klin. Wochenschr. No. 15. 1913.*

Combination von Excochleation mit Röntgenbestrahlung bei einem kleinzelligen Rundzellensarkom des Oberkiefers hatte vollen Erfolg. HANSZEL.

9) **Soja** (Barcelona). **Localanästhesie mittels Infiltration. (L'anesthésie locale par infiltration.)** *L'Oto-Rino-Laringologia. October/December 1912.*

Verf. demonstrirt die Vorzüge der Localanästhesie an folgenden Fällen: Moure'sche Operation zur Exstirpation eines Nasenrachenfibroms; Caldwell-Luc'sche Operation; Jacques'sche Operation wegen chronischer Stirnhöhleneiterung; totale Laryngektomie mit Lappenbildung nach Durante und tiefer Tracheotomie; Laryngotomie und tiefe Tracheotomie zur Exstirpation eines circumscripten Epithelioms am linken Stimmband.

Der analgetische Effect war in allen Fällen ein ausgezeichneter. TAPIA.

10) **Marschik. Pharynxstimme bei einem Patienten mit narbiger Atresie des Kehlkopfes. Ferner Demonstration eines Mundsperrers mit Vorrichtung zur Application von Allgemeinanästhesie und zur Beleuchtung der Mundhöhle und eines Bestecks zur sogenannten Oesophagotomia interna bei Narbenstenose des Oesophagus** (hergestellt bei der Firma Leiter in Wien). K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 7. März 1913. *Wiener klin. Wochenschr. No. 11. 1913.*

Auf der Klinik Chiari wurden circa ein Dutzend Fälle mit Lerche's Instrumentarium mit meist eclatantem Erfolge behandelt. HANSZEL.

11) **v. Frühwald** (Wien). **Neue Gefässklemme für Ligaturen in der Tiefe.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. 1913.*

Abbildung der Klemme, welche bei Ligaturen, die in der Tiefe anzulegen sind, das Zurückgleiten des Fadens verhindern soll. Firma H. Reiner, Wien IX, Van Swietengasse 10. OPPIKOFER.

12) **A. Réthi** Budapest). **Mein System bei in der Tiefe angelegten Nähten.** *Verh. des kgl. Aerztevereins in Budapest. No. 11. 1913.*

Verf. verwendet Plomben anstatt der Knoten. POLYAK.

b) Nase und Nasenrachenraum.

13) **Sune y Medan. Das Milchsäureferment in der Rhinologie. (Le ferment lactique en rhinologie.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXV. No. 1.*

Es giebt eine grosse Reihe von solchen Fermenten im Handel. Der Autor hat die Marke „Le Ferment" benützt, manchmal auch das Pulvi-Carbol. Beim gewöhnlichen Schnupfen (Eigenbeobachtung und Versuche an Freunden) waren die Resultate übereinstimmend gute. Beim Katarrh des Nasopharynx kann sich der Autor über das Mittel noch nicht mit allzu grosser Bestimmtheit aussprechen. Was endlich die Ozaena anlangt, so kann der Autor „ehrlich versichern", dass in keinem Falle eine gute Wirkung ausgeblieben ist. In 40 pCt. der Fälle ist die Heilung nach Monaten constatirt worden, zum Theil durch die Rhinoskopie, zum Theil durch Aussagen von Verwandten der Patienten. Ueber nähere Details siehe Verhandlungen des Congresses in Bilbao. LAUTMANN.

14) **Küster** und **P. Wössner** (Freiburg i. B.). **Untersuchungen über die Bakterienflora der Nase, mit besonderer Berücksichtigung des Vorkommens von Diphtheriebacillen.** *Centralbl. f. Bakteriol. etc. Abt. 1. Orig. Bd. 67. H. 5. S. 354.*

Bei Untersuchungen der Bakterienflora von 100 Fällen meist normaler Nasenhöhlen und einiger durch leichte, nicht specifische Entzündungsformen erkrankter Nasenschleimhäute konnten 33 Reinculturen gewonnen werden, die meistentheils zu den Kugelbakterien gehörten; ferner fanden sich die verschiedensten Stäbchen, ausserdem Fäulnisspilze und Hefenarten. Die Keime gehörten sämmtlich zu den in der nächsten Umgebung des Menschen (Luft, Wasser, Staub usw.) oder in und

an ihm selbst vorkommenden Saprophyten. Diphtheriebacillen wurden nicht gefunden, doch diphtherieähnliche bei einem Falle von Ozaena, der in die Untersuchungen einbezogen war.

FINDER.

15) **Fernandez Velilla. Ein Fall von angeborenem häutigem Choanalverschluss. (Un caso de oclusión membranosa congenita de los coanas.)** *Gaceta médica del Norte. Januar 1912.*

Mittheilung eines durch Operation geheilten Falles.

TAPIA.

16) **E. Glas. Choanalbefunde bei fehlender Uvula.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 46. S. 1520.*

Verf. beobachtete regelmässig bei Fällen, bei denen die Uvula bereits seit Langem fehlte, eine starke Hypertrophie der hinteren. Muschelenden oder eine starke Schwellung der hinteren septalen Schleimhaut. Er nimmt an, dass in Folge des Uvuladefectes die Luft mit ihren Verunreinigungen leichter in den Retronasalraum eindringt und hier zu Entzündungen Veranlassung giebt.

OPPIKOFER.

17) **Albanus** (Hamburg). **Die Pathogenese des Lupus des Naseninnern und seine Beziehungen zur Umgebung.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 2. 1913.*

Die verschiedenen Entstehungsmöglichkeiten des Lupus der inneren Nase werden an der Hand von Fällen besprochen, einige neue Erklärungen des Auftretens und Weiterschreitens der Erkrankung gegeben. — Die Eintheilung ist etwa folgendermaassen:

1. Hämatogen.
2. Aerogen oder durch Contact (primär oder secundär).
3. a) Als Primäraffect im Nasenvorhof, besonders in der Nasentasche. b) Als Uebergang eines scrophulösen Ekzems des Nasenvorhofs in Lupus.
4. Lymphogen. Von einer primär afficirten Lymphdrüse oder von der lupösen Umgebung der Nase aus.
5. Per continuitatem.
6. Nasenlupus als Folge von Knochentuberculose.
7. Propagation nach der Schädelhöhle.

W. SOBERNHEIM.

18) **P. W. Badford. Die Behandlung des Nasenlupus mit Jod in statu nascendi. (The nascent jodine treatment of lupus nasi.)** *Brit. med. journ. 12. April 1913.*

Ein Fall von Lupus der äusseren Nase und der Nasenschleimhaut wurde nach Pfannenstill'scher Methode behandelt. Nach 8 Wochen war Heilung eingetreten: jedoch war gleichzeitig mit Tuberculin behandelt worden, so dass Verf. Zweifel äussert, ob diesem oder der Pfannenstill'schen Behandlung das Resultat zu verdanken war.

A. J. WRIGHT.

19) **D. Dörner** (Budapest). **Fall von Tuberculose sämmtlicher Nebenhöhlen der einen Nasenseite.** *Verh. des kgl. Aerztevereins in Budapest. No. 10. 1913.*

Operation nach Moure: sämmtliche Nebenhöhlen, auch die Stirnhöhle wurden krank befunden und ausgeräumt, ausserdem bestand eine Dacryocystitis mit Fistelbildung.

POLYAK.

20) **G. Bilancioni** und **T. Cipollone. Ueber einen Fall von Tuberculosis vegetans der Nase. (Su di un caso di tubercolosi vegetante del naso.)** *Atti della clinica oto-rino-laringoiàtrica di Roma. Vol. IX.*

15jähriger Knabe, leidet seit 3 Jahren an Nasenverstopfung, Kopfschmerzen, Halsdrüsen. Nase im transversalen Durchmesser vergrössert. Septumschleimhaut infiltrirt. Rechts ist das Vestibulum ausgefüllt durch einen polypösen, gräulichen, gelappten, weichen, leicht blutenden Tumor, der vom Septum ausgeht. Links sieht man vorn an der unteren Muschel zahlreiche grau-rote Knötchen. Impfversuche an Meerschweinchen mit Stückchen von dem Tumor und den links im Naseneingang sitzenden Knötchen ergeben Tuberculose. Die histologische Untersuchung der Stücke ergab kein für Tuberculose charakteristisches Zeichen. Verff. folgern daraus, dass in solchen Fällen die histologische Untersuchung zu diagnostischen Zwecken irre führen kann, und dass die klinische Diagnose auf Tuberculose nur durch den biologischen Versuch gesichert werden kann. CALAMIDA.

21) **Molinié** (Marseille). **Die Fracturen der Nase. (Les fractures du nez.)** *Le Larynx. Juli 1912.*

Verf. zeigt, dass die gewöhnlich bei Nasenfracturen angewandten Methoden unzulänglich sind. Er empfiehlt ein einfaches, für jeden Praktiker anwendbares Instrumentarium: eine besondere Pincette, mittels deren es leicht ist, die Bruchstücke sowohl des unteren, wie des oberen Septumtheils mittels einer einfachen Umstellung der Branchen zu redressiren.

Verf. empfiehlt dann die Anlegung von sehr ingeniös erdachten Schienen, die mittels eines sehr einfachen Mechanismus das vollkommene Zusammenhalten der Bruchstücke garantiren und das Einsinken des Nasenrückens verhindern.

GONTIER DE LA ROCHE.

22) **Chamberlain. Die Ursachen der Septumperforation. (The causes of perforation of the nasal septum.)** *Ohio state med. journ. April 1913.*

Syphilis macht primär Perforation des Knochens, gelegentlich auch des Knorpels, fast niemals des Knorpels allein. Tuberculose befällt primär den Knorpel, secundär den Knochen, wenn dem Process nicht Einhalt gethan wird. Ulcus perforans betrifft stets den Knorpel allein. Traumatische postoperative Perforationen können an jeder Stelle des Septums vorkommen.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

23) **Santiuste** (Santander). **Abscess der Nasenscheidewand nach Trauma. (Absceses del tabique nasal consecutivos a un traumatismo.)** *Boletin de cirurgia. August 1912.*

Verf. illustrirt seine nichts wesentlich Neues bringenden Ausführungen durch 5 Krankengeschichten, von denen eine dadurch bemerkenswerth ist, als in diesem Fall der Abscess an der Nasenwurzel zum Durchbruch kam. TAPIA.

24) **D. A. Prendergast. Schwund des Septum nach submucöser Resection. (Sloughing of the nasal septum after submucous resection.)** *Cleveland medical journ. Februar 1913.*

Es handelte sich um einen Fall von latenter Syphilis; der Verdacht auf

Syphilis wurde dadurch erweckt, dass nach der Operation das Septum zu Grunde ging und dieser Verdacht wurde bestätigt durch den positiven Ausfall des Wassermann. Pat. hatte bis dahin von seiner Erkrankung nichts gewusst.

EMIL MAYER.

25) **Heermann** (Essen-Ruhr). **Ueber Septumresection im Kindesalter und über die Verhütung der Perforation und des Flatterns.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 239. 1913.*

Verf. berichtet über 21 Septumoperationen in Localanästhesie bei Kindern im Alter von 6—14 Jahren. Nur ein Mal stellte sich im späteren Verlaufe eine leichte Einsenkung des Nasenrückens ein. Verf. nimmt die Operation am liegenden Pat. vor und legt den Killian'schen Schleimhautschnitt immer auf der convexen Seite an. Um mit Sicherheit mit dem Raspatorium zwischen Knorpel und Knorpelhaut einzudringen, bedient sich Verf. folgenden Hülfsmittels: er legt einen festen Wattetampon in die concave Seite ein. Wird nun der vor dem Schleimhautschnitt liegende Theil des Septums nach der tamponirten concaven Seite herübergedrängt, so springt der durchgeschnittene Septumknorpel als glatter weisser Streifen in das Gesichtsfeld. Die zu entfernenden Knorpeltheile sollen mit der Scheere durchschnitten und nicht abgebrochen werden: dieses Verfahren ist für den Patienten angenehmer, vermeidet unbeabsichtigte Fissuren durch die Pars perpendicularis des Siebbeins und vermindert die Zahl der Knochensplitter. Verf. vertritt den Standpunkt, dass das nach der Operation beim Schneuzen auftretende Flattern bei tiefsitzender Perforation und dünnem Septum zu Stande komme und also bei kunstgerecht durchgeführter Septumoperation sich vermeiden lasse. OPPIKOFER.

26) **W. Zemann** (Wien). **Zur Operation der mit hoher Leistenbildung complicirten verbogenen Nasenscheidewand.** *Fränkel's Archiv. Bd. 27. H. 2. 1913.*

Es wird zur Vermeidung von Perforationen in schwierigen Fällen folgendes Verfahren empfohlen: Vom Schleimhautschnitt aus werden Perichondrium und Schleimhaut auf der die Crista oder Spina tragenden — also meist convexen — Fläche abgelöst, jedoch nicht vollständig, sondern nur bis zur Basis der Crista oder Spina, und zwar sowohl oberhalb derselben, als auch in den unterhalb der Crista oder Spina liegenden Septumtheilen, so dass die Crista oder Spina zunächst noch mit ihrer Schleimhaut in Verbindung bleibt. Dann wird die Crista oder Spina vom ursprünglichen Schleimhautschnitt — also submucös — abgetragen. Durch diese Abtragung innerhalb der Schleimhaut wird die Septumseite von der Schleimhaut auch im Bereich der Crista befreit, jedoch von der Schleimhaut + Crista. Es erfolgt nun die Ablösung der Schleimhaut auf der anderen Seite in üblicher Art und die Resection der deviirten Septumtheile, dann wird die noch in Verbindung mit ihrer Schleimhaut stehende Crista ausgeschält. W. SOBERNHEIM.

27) **Henry B. Hitz. Ein Nadelhalter für die submucöse Septumresection. (A needle-holder for submucous resection of the septum.)** *Journal american medical association. 26. April 1913.*

Der Hauptvorzug des Instruments besteht darin, dass man eine kleine krumme Nadel sicher fassen und in jeder Richtung bei vollkommen übersichtlichem Ope-

rationsfeld nähen kann, bei denkbar geringster Verletzung des häufig sehr dünnen Mucoperichondrium-Lappens. EMIL MAYER.

28) **Nowikoff** (Odessa). **Ein neuer Weg für Eingriffe an der Hypophyse.** *Centralblatt f. Chirurgie. No. 25. 1913.*

Um sich breiten Zutritt zur Hirnbasis zu verschaffen, benutzte Verf. eine von Lissenkoff vorgeschlagene, aber noch nicht veröffentlichte Methode der temporären Resection des Oberkiefers und der Nase, von ihm in der Weise modificirt, dass er die Spaltung des weichen Gaumens unterliess. SEIFERT.

29) **Ch. Lenormant. Der gegenwärtige Stand der Chirurgie der Hypophyse. (L'état actuel de la chirurgie de l'hypophyse.)** *Presse médicale. No. 30. 1913.*

Uebersichtsreferat, in dem hauptsächlich die französischen Arbeiten (sehr spärlich) und die der Deutschen berücksichtigt sind, während die belgischen und italienischen Arbeiten über die Frage nicht berücksichtigt sind. Verf. hält die operative Behandlung für sehr gefährlich, das Resultat derselben im Grossen und Ganzen günstig. Es scheint ihm aber, dass das günstige Resultat hauptsächlich auf Grund der Entlastung des intercraniellen Druckes (Cushing) erzielt wird. Die Operation hat nur in seltenen Fällen Einwirkung auf die echten hypophysären Störungen. Namentlich glaubt Verf., dass der Symptomencomplex von Fröhlich (Complexus adiposo-genitalis) wenig beeinflusst wird. Schwer erklärlich scheint Verf. die Besserung der Akromegalie. Dauerresultate scheinen ihm auch noch sehr ungenügend bekannt. Im Grossen und Ganzen ist Verf. kein Freund der chirurgischen Behandlung der Hypophysenleiden und stützt er sich namentlich auf Cushing, „den besten Kenner" dieser Erkrankungen, der glaubt, dass die Chirurgie der Hypophyse der Organotherapie und der Radiotherapie den Platz wird räumen müssen. LAUTMANN.

30) **J. Moskovitz** (Budapest). **Eine häufige Ursache der spontanen Nasenblutung.** *Verh. des kgl. Aerztevereins in Budapest. No. 4. 1913.*

Verf. hat entdeckt, dass Bohren in der Nase die häufigste Ursache der Nasenblutungen ist. (! Red.) POLYAK.

31) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Die Operationen der Nasenrachenraumtumoren.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 34. S. 1620. 1912.*

Verf. plädirt zur Behandlung der juvenilen Nasenrachenfibrome für die palliativen Operationen (Galvanocaustik, Elektrolyse), mit denen ebensoviel und auf weniger gefahrvolle Weise erreicht werde, wie mit den grossen Operationen. Ist aber eine rasche Zerstörung geboten, so empfiehlt sich die pulmonale Narkose Kuhn's, Anwendung des Hopmann'schen Velitractors, unter Umständen Ausführung der Denker'schen Operation.

Dieselben Operationen befürwortet Verf. zur Behandlung maligner Tumoren, da es sich hier doch immer nur um Palliativoperationen handle. ZARNIKO.

32) **J. Szmurlo. Die Nasopharyngealpolypen und deren Behandlung. (Polipy nosogardzielowe i ich leesenie.)** *Pam. T. Lek. H. 1—2. 1913.*

In der gesammten Literatur wurden bisher 287 Fälle von Nasopharyngeal-

polypen beschrieben. Auf Grund der Literatur und eigener Beobachtung bespricht der Verf. die Frage des Ursprunges dieser Neubildungen, ihre anatomische Structur, wie auch die Methoden der operativen Behandlung. A. v. SOKOLOWSKI.

33) **Jesus Penichet. Ueber zwei Fälle von Nasenrachenfibrom. (Sobre dos casos de fibroma del nasofaringeo.)** *Cronica medico-guirurgica de la Habana. 1. März 1912.*

Auf Grund zweier Fälle erörtert Verf. die Möglichkeit, dass fibröse Nasenrachentumoren eine sarkomatöse Umwandlung erleiden. TAPIA.

34) **Chavanne. Fremdkörper des Nasenrachens. (Corps étranger du nasopharynx.)** *Archives internat. Tome XXXV. No. 1.*

5jähriges Kind mit einem Trompetenansatz seit 5 Monaten im Cavum. Einfache Extraction mittels der Adenoiden-Zange von Chatellier. LAUTMANN.

35) **Bauer** (Düsseldorf). **Ein Nasenrachenspüler.** *Med. Klinik. No. 13. 1913.*

Das Instrument besteht aus einem kurzen Spatel, an den sich ein enges, nach oben abgebogenes Rohr ansetzt, das mit einer Brause endigt. Ein seitlicher Ansatz kann durch einen Schlauch mit einer Spritze in Verbindung gesetzt werden. Besonders gute Dienste leisten Spülungen mit 1,5proc. H_2O_2-Lösung zur Nachbehandlung der Diphtherie. Bacillenträger sind viel weniger häufig beobachtet seit dem regelmässigen Gebrauch dieser Spülungen. SEIFERT.

c) Mundrachenhöhle.

36) **O. Levinstein** (Berlin). **Beitrag zur Pathologie der Schleimhauterkrankungen des Mundes und Schlundes.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 263. 1913.*

Mitteilung eines Falles von Stomatopharyngitis ulcerosa disseminata Frese und eines Falles von recidivirendem Ekzem der Wange und der Schlundschleimhaut bei chronischem Ekzem der äusseren Haut. OPPIKOFER.

37) **Lazaraga** (Malaga). **Eczem der Mundcommissur als Zeichen angeborener Syphilis. (Eczema de las comisuras bucales come manifestación de la sifilie congénita.)** *Gaceta médica del sur. 15. April 1913.*

Verf. commentirt die Arbeiten von Findelay und Fergusson über dasselbe Thema. TAPIA.

38) **Gueyrat** und **Bouffier. Leukoplakie der Lippencommissur ohne vorausgegangene Syphilis. (Leucoplasie commissurale sans préexistance de syphilis.)** *Société médicale des hôpitaux. 27. December 1912.*

Pat. hat einen Schanker an der Unterlippe; Infection vor 2 Monaten (Drüsenschwellung; Spirochätennachweis; Wassermann positiv). Gleichzeitig hat er eine Leukoplakie der Lippencommissur. Verf. sieht hierin einen Beweis, dass letztere nicht immer syphilitischer Natur zu sein braucht. GONTIER DE LA ROCHE.

39) **M. Artelli** (Bologna). **Die Epitheldegeneration der Leukokeratose. (La degenerazione epiteliale della leucoceratosi.)** *Arch. ital. di otologia. Fasc. 3. 1913.*

69jähr. Mann; vier melonenkerngrosse Leukoplakien auf dem harten Gaumen,

zwei ähnliche in der Tonsillarbucht. Keine Drüsen. Wassermann negativ. Pat. wird das Rauchen untersagt. Nach 14 Tagen sind die Leukoplakien verschwunden, ausser denjenigen in der Tonsillarbucht. Eine der letzteren war erheblich dicker geworden und in ihrer Nähe sah man eine erbsengrosse, leicht blutende Granulation, die cauterisirt wurde. Im Kieferwinkel eine kleine indolente Drüse. Entsprechend der cauterisirten Stelle bildete sich allmählich eine Verdickung; es wurde ein Stück entfernt und mikroskopisch untersucht. Diese Untersuchung ergab, dass eine krebsige Degeneration der Leukokeratose vorlag. Auch klinisch entwickelte sich bald ein unzweifelhaftes Carcinom. CALAMIDA.

40) **Delsaux. Neues Verfahren zur Heilung von Verwachsungen zwischen Gaumensegel und hinterer Rachenwand. (Procédé nouveau de la cure de la synéchie vélo-palatine à la paroi postérieure du pharynx.)** *Société belge de chirurgie. 30. November 1912.*

Unter allgemeiner Narkose Durchschneidung der Adhäsionen mit dem gekrümmten Messer, Ablösung des Gaumensegels von der Seite mit Hülfe der Finger, Vergrösserung der Oeffnung mit Hülfe eines Dilatators mit drei parallel gerichteten Branchen und Offenhalten mittels einer $4^1/_2$ mm dicken Metallplatte. Diese wird oben festgehalten durch 2 Fäden, die durch die Nase gehen und vorne vor dem häutigen Septum zusammengeknüpft sind; man kann sie leicht herausziehen an einem unteren Faden, der zum Munde herauskommt und hinter dem Ohrläppchen befestigt ist.

Man kann täglich einen Verbandwechsel machen, nach 2 Wochen kann man die Platte fortlassen, muss sie jedoch, falls Neigung zur Verengerung vorhanden ist, wieder einsetzen. PARMENTIER.

41) **J. Valagussa. Ueber die Technik der Eröffnung der Retropharyngealabscesse. (Sulla tecnica per l'apertura dagli ascessi retro-faringei.)** *Atti clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma. VIII.*

Verf. beschreibt eine Methode der Eröffnung des Retropharyngealabscesses mittels eines von ihm angegebenen Pharyngotoms, das eine besondere Krümmung hat. Die Schneide ist verdeckt und springt nur dann hervor, wenn man von unten nach oben gegen die Gewebe drückt. Mittels des Instrumentes kann man unter Leitung des Fingers grosse Retropharyngealabscesse bequem eröffnen.

CALAMIDA.

42) **Kowler. Tod nach Eröffnung eines Retropharyngealabscesses. (Abcès rétropharyngien opéré. Mort subite.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 12. 1912.*

Im Anschlusse an den Bericht eines plötzlichen Todesfalles, der 10 Minuten nach operativer Entleerung eines retropharyngealen Abscesses bei einem 2jährigen Kinde eingetreten war, räth Verf., um ähnliches Missgeschick in Zukunft zu vermeiden, zu folgender Technik: Leichte allgemeine Anästhesie; Kind mit herabhängendem Kopfe operiren; den Abscess nur punctiren und ca. $^1/_3$ mit der Spritze anziehen; 12 Stunden später neue Punction und Aspiration. LAUTMANN.

43) **Goris. Ein Fall von Pharynxexstirpation. Heilung. (Un cas de pharyngectomie guéri.)** *Société belge de chirurgie. 30. November 1912.*

Die Operation — wegen maligner Erkrankung — wurde in 2 Zeiten gemacht. Pat. wurde bereits am 4. Tage ohne Sonde ernährt, hat im Laufe von 2 Monaten 12 kg zugenommen.

PARMENTIER.

44) **Retterer. Histiogenese der Mandeln und adenoiden Wucherungen. (Histogenèse des amygdales et des végétations adénoides.)** *Bulletin d'oto-rhino-laryngol. Tome XVI. No. 2.*

In einer Arbeit (La struttura delle vegetazioni adenoidi, 1911) erklärt Bilancioni die Theorien Retterer's über die Entstehung der geschlossenen Lymphfollikel als unhaltbar. Verf. wendet sich gegen diese Behauptung Bilancioni's und entwickelt zu diesem Behufe noch einmal seine Ideen über die Entstehung der Lymphocyten aus den Epithelialzellen. Er weist auf die vielen Widersprüche hin, die sich bei den Vertretern der Ansichten Stöhr's finden. Wenn man annimmt, dass der geschlossene Lymphfollikel Anfangs einen Haufen von Epithelzellen darstellt und dass durch Schwund der Zellsubstanz sich allmählich die netzförmige Zwischensubstanz und weiter die Lymphocyten bilden, so entgeht man, glaubt Verf., allen Schwierigkeiten und Widersprüchen, die sich häufen, wenn man, wie Stöhr annimmt, an eine Auswanderung der Leukocyten aus den Gefässen glaubt. Wer hat übrigens jemals die Auswanderung constatirt, frägt Retterer.

LAUTMANN.

45) **Alvarez** (Palma de Mallorca). **Spontanes Verschwinden der Tonsillen. (Dasaparción espontanéa do las amigdales.)** *La Oto-Rino-Laringologia. November/December 1912.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem die aufs Aeusserste hypertrophirten Tonsillen mit dem Auftreten der Menstruation völlig verschwanden.

TAPIA.

46) **William H. Tomlinson. Wann und warum soll man die Gaumenmandeln entfernen? (When and why remove the faucial tonsils?)** *The therapeutic Gazette. 15. Februar 1913.*

1. Kleine Tonsillen können ebenso dringend die Entfernung erfordern, wie grosse. Die Grösse hat mit den Indicationen zur Entfernung nichts zu tun, ausser bei Symptomen von Obstruction.

2. Einfache Hypertrophie bei gesunden Individuen giebt keine Indication ab für die Entfernung, ausser wenn sie derartig ist, dass Athmung, Schlucken oder Sprechen beeinträchtigt ist.

3. Die „versenkte" (submerged) Tonsille, die zum Theil zwischen den Gaumenbögen verborgen ist, kann sehr leicht die Entfernung erfordern, da die Drainage aus den Crypten, besonders denen, die sich in die Fossa supratonsillaris öffnen, gestört ist.

4. Drüsen, die im Kieferwinkel fühlbar bleiben, sind ein Zeichen dafür, dass die von den Tonsillen gegenüber der Infection gebildete Barriere überschritten ist, und bilden eine Indication für die Entfernung.

EMIL MAYER.

47) **Bryan de Forest Shudy. Die Resultate der Tonsillectomie. (The results of tonsillectomy.)** *Medical Record. 12. April 1913.*

Verf. ist der Ansicht, dass die Resultate der Totalexstirpation erkrankter Tonsillen besser seien als die der alten Tonsillotomie und dass die Vortheile die eventuellen Nachtheile aufwiegen.

Unter Vermeidung der Kapsel setzt er die Fasszange möglichst tief im Mandelgewebe ein und versucht die Tonsille zu invertieren, „wie wenn man einen Uterus durch Zug an der Nabelschnur einer retinierten Placenta invertiert". Dies soll in allen Fällen, wo nicht Verwachsungen zwischen Kapsel und Tonsille bestehen, sehr leicht sein. Um die so invertirte Tonsille legt er die Schlinge und entfernt sie.

EMIL MAYER.

48) **F. Kuhn** (Berlin). **Die erweiterte Chirurgie des Mundes (Zunge, Tonsille) ohne Kiefertrennung und ohne Tracheotomie.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 269. 1913.*

Verf. sucht bei Operationen von malignen Tumoren der Zunge und der Mandeln die Kiefertrennung und die Tracheotomie zu vermeiden. Das Wegnehmen des Unterkiefers bedeutet eine schwere Complication für die Nachbehandlung und auch die Tracheotomie oder die Laryngotomie sind von grossem Nachtheil; denn die Verletzung der Continuität der oberen Luftwege hindert die normale Expectoration, die gerade bei diesen Patienten, bei denen ja nach der Operation der Schluckact gestört wird, besonders nothwendig ist. Aus diesem Grunde empfiehlt Verf. die perorale Intubation und eine Operationsmethode, die zwischen der Operationsmethode von Kocher und der suprahyoidealen Methode von Hofmann liegt. Der Gang der Operation wird auf den Seiten 279 und 280 eingehend beschrieben.

OPPIKOFER.

d) Diphtherie und Croup.

49) **Reiche** (Hamburg). **Diphtherie und sociale Lage.** *Med. Klinik. No. 33. 1913.*

Aus den epidemiologischen Erfahrungen des Verf.'s geht in Uebereinstimmung mit seinen Beobachtungen am Krankenbette hervor, dass die persönliche Disposition wohl vorwaltend bestimmend ist für die Erkrankung an Diphtherie und weit weniger die Exposition, die Fälle der Erwerbungs- und Uebertragungsmöglichkeiten der Krankheit; das ist wichtig, denn sie scheinen neuerdings noch erheblich erweitert, seit Trautmann seine Anschauung von der Identität der Pseudodiphtheriebacillen mit den echten Löffler'schen Stäbchen mit gewichtigen Belegen vertrat.

SEIFERT.

50) **Otto Seydel. Halsentzündungen und Diphtherie in der Schule.** *Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. No. VII. 1913.*

Verf. hat zunächst untersucht, wie weit der Verdacht gerechtfertigt ist, dass unter den als „Halsentzündungen" gemeldeten Fällen sich Diphtherieerkrankungen verstecken. Er hat sich von den Rectoren der ihm unterstellten Schulen im Winter 1912/13 alle die Kinder zuschicken lassen, die länger als 8 Tage wegen „Hals-

entzündung" gefehlt hatten, und gefunden, dass in einer Zeit, wo in Berlin Diphtherie ziemlich verbreitet war, unter 16 Kindern, deren Halskrankheit ohne ärztliche Behandlung oder Controle verlaufen war, 8, also genau die Hälfte war, deren Krankheit sich nachträglich bakteriologisch oder klinisch als Diphtherie erwies. Sieben von diesen Kindern waren noch Bacillenträger, bei dem achten konnte die überstandene Diphtherie aus einer Accommodationslähmung diagnosticirt werden.

Verf. fordert einen 6wöchigen Ausschluss der Diphtheriereconvalescenten vom Schulbesuch.

FINDER.

51) **Walter Beyer. Diphtheriebacillen im Harn.** Aus der med. Univ.-Klinik in Rostock (Director: Geh.-Rath Martius). *Münchener med. Wochenschr. No. 5. 1913.*

Die von Bonhof im Liquor cerebrospinalis und von Reyhe in den Lungen nachgewiesenen Diphtheriebacillen bei Diphtheriekranken bezw. -Verstorbenen veranlassten Autor eine systematische Untersuchung des Harnes bei frischen und abgelaufenen Diphtheriefällen durchzuführen. Die unter entsprechenden Cautelen vorgenommenen Untersuchungen, deren Technik eingehend beschrieben wird, liessen bei allen Kranken, oft noch lange Zeit nach Abklingen der Erkrankung meist virulente Diphtheriebacillen nachweisen. Versuche, die Bacillen durch Urotropinmedication zum Verschwinden zu bringen, verliefen erfolglos. Die nosologische und epidemiologische Bedeutung dieser Untersuchungsresultate, und die grosse Wahrscheinlichkeit, dass „die Diphtherie, so gut wie jede andere Infektionskrankheit, mit einer Bakteriämie einhergeht", lassen unsere bisherigen therapeutischen Versuche, „die Schleimhäute von aussen her dauernd keimfrei zu machen", wohl als zwecklos erscheinen, und die „innere Desinfection" bleibt ein „pium desiderium". Ausserdem weist Verf. daraufhin, dass es ihm in vielen Fällen, bei denen „im Abstrich von der Oberfläche des Rachens und der Mundhöhle culturell keine Bacillen mehr nachweisbar" waren, so dass daraufhin praktisch Keimfreiheit angenommen wurde, gelang, ein reichliches Wachsthum von Diphtheriebacillen zu constatiren, wenn er mit ganz schmalem Tupfer tief in die Lacunen einging, ihn darin eine Weile beliess, bis er sich ordentlich vollgesogen hatte, und dann auf Löfflerplatten ausstrich, auf denen sich die Tupfer viel ausgiebiger ausstreichen lassen, wie in den engen Röhrchen, und die nachher auch eine ganz andere Uebersicht ergeben. Auf Grund all' dieser Thatsachen müssen wir unsere bisherigen prophylaktischen Maassnahmen gegen die Verbreitung der Diphtherie, sowohl den Kranken, wie den Bacillenträgern gegenüber einer Revision unterziehen.

HECHT.

52) **J. D. Rolleston. Diphtherische Lähmung. (Diphtheritic paralysis.)** *Archives of pediatrics. Mai 1913.*

Von 2300 Fällen, die Verf. in den letzten 10 Jahren beobachtete, traten bei 477 (20,7 pCt.) Lähmungen ein, von denen 85 tödtlich verliefen; Lähmungen traten sehr viel häufiger in den Fällen auf, wo die Nase mitbetheiligt war, als in den Fällen reiner Pharynxdiphtherie. Von 171 über 18 Jahre alten Patienten trat nur bei 10 (5,8 pCt.) Lähmung ein. Frühzeitige Antitoxininjection verringert die Gefahr des Auftretens einer Lähmung.

A. J. WRIGHT.

53) **Dynkin** (Petersburg). **Zur Pathogenese und Klinik der cerebralen postdiphtherischen Lähmungen.** *Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 78. 1913. Ergänzungsh.*

Meist treten die cerebralen Lähmungen in der 3.—4. Woche auf. Sie entstehen nur nach schweren Formen der Diphtherie. Häufig ist die Hemiplegie mit Facialisparese — auch Hypoglossusparese — und Aphasie vergesellschaftet.

SEIFERT.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

54) **P. Heymann. Ueber die einseitige Entzündung der Stimmbänder. (Sur l'affection unilatérale des cordes vocales.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXV. No. 1.*

Es wird den Specialisten in Erinnerung gerufen, dass eine Monochorditis auch katarrhalischen Ursprunges sein kann. Nur die genaue Beobachtung des Patienten kann die Diagnose sichern. Verf. räth zu grosser Vorsicht, da die alte bekannte laryngologische Erfahrung doch noch zu Recht besteht, dass eine einseitige Stimmbanderkrankung zunächst den Gedanken an Krebs, Lues und namentlich Tuberculose wachrufen muss.

LAUTMANN.

55) **Otto J. Stein. Die laryngo-trachealen Symptome der Schilddrüsenerkrankungen. (The laryngo-tracheal manifestations of thyroid disease.)** *The Laryngoscope. März 1913.*

Wenn die Chirurgen, bevor sie eine Schilddrüsenoperation vornehmen, alle ihre Patienten laryngoskopisch untersuchen liessen, so würden sie erstaunt sein, zu erfahren, in wie vielen Fällen eine Recurrenslähmung besteht, und zwar ohne Kehlkopfsymptome.

Verf. hat in einem Fall unmittelbar nach der Kropfoperation eine einseitige Recurrenslähmung auftreten sehen mit fast absoluter Stimmlosigkeit, die 5 Tage lang dauerte, am 6. Tage begann die Stimme wiederzukehren, obwohl die Lähmung vier Monate lang anhielt. Während all dieser Zeit war die Stimme gut, nur in den höheren Lagen etwas beeinträchtigt. Nach 4 Monaten begann das Stimmband — ohne dass übrigens irgendwelche Behandlung angewandt war, ausser Stimmübungen — Bewegungen zu machen; allmählich wurden die Excursionen grösser. Verf. ist geneigt, die Lähmung nicht auf Verletzung der Nerven bei der Operation, sondern auf Druck durch eine entzündliche Schwellung zurückzuführen.

Verf. bespricht noch kurz den Collaps der Trachea während der Thyreoidoperation und die seitliche Verlagerung des Kehlkopfs und der Trachea nach einseitiger Strumektomie.

EMIL MAYER.

56) **J. W. Gleitsmann. Recurrenslähmung in Folge Kreislaufstörungen nebst Bemerkungen über die neueren therapeutischen Methoden. (Paralysis of the recurrent nerve due to circulatory lesions with remarks on recent therapeutic measures.)** *Medical Record. 22. Februar 1913.*

Die Arbeit zerfällt in folgende Abschnitte: Kurze physiologische Vorbemerkungen; Recurrenslähmung in Folge Herzerkrankungen im Allgemeinen;

Recurrenslähmungen bei Mitralstenose; Aneurysma; Therapeutisches. Verf. geht besonders auf die von Brünings vorgeschlagene Methode ein, Paraffin in das gelähmte Stimmband zu injiciren.

EMIL MAYER.

57) **S. Belinnoff. Zur Aetiologie der Recurrenslähmung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 717. 1913.*

Bei 22 Jahre altem bulgarischen Soldaten Paralyse des rechten Stimmbandes und des rechten Armes, verursacht durch Schuss in die rechte Halsseite (Verletzung des rechten N. recurrens und des Plexus brachialis). Keine weiteren schweren Verletzungen der umliegenden Gebilde.

OPPIKOFER.

58) **Bela Freystadtl** (Budapest). **Kehlkopflähmungen bei Erkrankungen des verlängerten Marks und das Semon'sche Gesetz.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 25. H. 1. 1911.*

Verf. beschreibt zwei eigene beobachtete Fälle von Syringomyelie, bei denen alle Phasen der Stimmbandlähmungen ganz im Sinne des Semon'schen Gesetzes verliefen.

Diese Beobachtungen sind um so wichtiger, als die bei der Syringomyelie gefundenen Kehlkopflähmungen zweifellos medullären Ursprungs sind, was ja bei der am häufigsten Kehlkopflähmungen verursachenden Tabes bestritten ist.

W. SOBERNHEIM.

59) **Bela Freystadtl** (Budapest). **Kehlkopflähmungen bei acuter Bulbärparalyse nebst Bemerkungen zum Semon'schen Gesetz.** *Fränkel's Archiv f. Laryng. Bd. 27. H. 2. 1913.*

Bei den Beobachtungen des Verf.'s war einmal Parese der Adductoren und Funktionsstörungen des Abductors vorhanden, ein andermal ausgesprochene Adductorenparese ohne Betheiligung der Oeffner. — Der Zusammenhang der Kehlkopferkrankung mit der der Oblongata war gesichert durch das zeitlich gemeinsame Entstehen bezw. Schwinden des Grundübels. — Diese Erfahrungen stimmen mit denen früherer Beobachter überein (z. B. Oppenheim, Körner). Verf. glaubt die acute Bulbärparalyse zur Beurtheilung der Richtigkeit der Semon'schen Lehre nicht heranziehen zu dürfen, da es sich bei dieser Erkrankung hauptsächlich um das corticobulbäre Neuron handelt, und nicht um die beim Semon'schee Gesetz in Betracht kommenden Recurrenskerne nebst den diesen entspringendeu Fasern, das zweite, bulbomusculäre Neuron.

W. SOBERNHEIM.

60) **M. Menier** (Decazeville). **Beitrag zur Geschichte der Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 313. 1913.*

Verf. giebt eine Stelle aus dem Buche von Colombat über die Krankheiten und die Hygiene der Stimme wieder. Aus dem Citat geht hervor, dass schon 1838 die Schweigecur sowie das Verbot des Hustens bei Larynxtuberculose empfohlen wurde. Im Ferneren macht bereits Colombat, gestützt auf die günstigen Erfahrungen eines irischen Arztes Carmichael die Angabe, dass die Kehlkopftuberculose durch Tracheotomie heilen könne.

OPPIKOFER.

61) **E. Kellermann** (Budapest). **Geheilte Fälle von Nasen- und Kehlkopftuberculose.** *I. Congress des Vereins der ungarischen Aerzte zur Bekämpfung der Tuberculose. Orvosi Hetilap. No. 21. 1913.*

Es wurden schwere Fälle demonstrirt, welche auf Polyak's Spitalsabtheilung mittelst Operation seit längerer Zeit geheilt wurden. POLYAK.

62) **E. Winckler** (Bremen). **Larynxtuberculosen unter der Pneumothoraxbehandlung.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 293. 1913.*

Wenn durch die Anlegung eines künstlichen Pneumothorax die kranke Lunge längere Zeit comprimirt wird, so nimmt häufig der Hustenreiz ab und es wird die Sputummenge geringer; durch das Eintreten dieser zwei Momente ist es erklärlich, dass auch die Kehlkopftuberkulose leichter ausheilen kann. Da aber der Pneumothorax naturgemäss nur bei schweren Fällen von Lungentuberculose in Anwendung kommt, so bleibt trotz dieser neuen Behandlungsmethode die Prognose auch bezüglich des Kehlkopfes sehr dubiös; die Erfahrung lehrt, dass auch bei gelungenem Pneumothorax der Kehlkopf nachträglich tuberculös erkranken oder das tuberculöse Kehlkopfleiden sich weiter verschlimmern kann. Mittheilung einiger eigener Beobachtungen. OPPIKOFER.

63) **L. Polyák** (Budapest). **Die Therapie der Nasen-Rachen- und Kehlkopftuberculose.** *I. Congress des Vereins der ungarischen Aerzte zur Bekämpfung der Tuberculose. Orvosi Hetilap. No. 21. 1913.*

Die Wichtigkeit der Schweigecur und der chirurgischen Behandlung wird besonders hervorgehoben. Auch von der Anwendung der Radiumbestrahlung mit stärkeren Präparaten darf Erfolg erwartet werden. Die Tuberculose der oberen Luftwege steht in Bezug auf Neigung zur Heilung und Heilbarkeit nicht hinter der Lungentuberculose zurück. Es ist zu verlangen, dass in Heilstätten und Spitälern Specialisten mit anerkannter Fachkenntniss angestellt werden. Autoreferat.

64) **E. Pollatschek** (Budapest). **Die Behandlung der Dysphagie der Phthisiker.** *I. Congress des Vereins der ungarischen Aerzte zur Bekämpfung der Tuberculose. Orvosi Hetilap. No. 21. 1913.*

Eine ausführliche Beschreibung der bekannten Methoden. Verf. sah von der Anwendung der Alkoholinjectionen sehr befriedigende Erfolge. POLYAK.

65) **G. Liébault. Die Eingriffe an den sensiblen Kehlkopfnerven bei den schmerzhaften Kehlkopfentzündungen. (Les interventions à distance sur les nerfs sensitifs du larynx dans les laryngites douloureuses.)** *Bordeaux. Imprimerie Gounouilhon. 1913.*

Verf. bespricht die Injectionen in den N. laryngeus superior und die Resection des Nerven. Für die Injectionen wird an der laryngologischen Klinik in Bordeaux folgende Formel angewandt:

R. Cocain. hydrochlor. 0,2
Morph. hydrochlor. 0,05
Antipyrin 5,00
Chinin. bisulf. 0.5
Natr. chlorat. 0,1
Alkohol 80 pCt. ad 50,0
1 cg der Lösung auf jeder Seite zu injiciren.

Bei Patienten, bei denen die Injection ihre Wirkung versagt oder bei denen allmählich eine Gewöhnung eintritt, empfiehlt Verf. die Resection des N. laryngeus superior, die an der Moure'schen Klinik übrigens nicht nur bei tuberculösen Dysphagien, sondern auch bei inoperablen Carcinomen gemacht wird. Bedingung ist, dass Pat. noch in verhältnissmässig erträglichem Allgemeinzustand ist und keine hohe Temperatursteigerungen hat. Verf. beschreibt die Technik der Nervenresection, deren hauptsächlichste Etappen sind: Aufsuchen der Carotis externa, Isolierung der A. thyreoidea superior, Isolirung der A. laryngea sup., die sorgfältig bis zur Membrana hyo-thyreoidea verfolgt werden muss, und unmittelbar über der der Nerv liegt.

FINDER.

66) Purpura. **Ueber die Abtragung der Epiglottis. (Sull' asportazione dell' epiglottide.)** *R. Academia di Roma. 30. März 1913.*

Verf. hat an Tieren Experimente mit Abtragung der Epiglottis gemacht. Als unmittelbare Folge beobachtete er ein während der ganzen Lebensdauer des Thieres anhaltendes Tieferwerden der Stimme des Thieres. Die Versuchsthiere (Hunde) starben höchstens 4—5 Monate nach dem Versuch in Folge Schluckpneumonie.

CALAMIDA.

67) F. Coubeau. **Die einfache Tracheobronchialdrüsenschwellung als Folge von Keuchhusten. (L'adénopathie trachéo-bronchique simple suite de coqueluche.)** *La Belgique médicale. 13. Juni 1913.*

Es waren Anfangs nur Reizungserscheinungen in Folge Compression des N. sympathicus vorhanden (Mydriasis, Exophthalmus); im Laufe eines Monats traten an deren Stelle leichte Lähmungssymptome (Ptosis). Die cutane Reaction war negativ, ebenso waren für Syphilis keine Anzeichen vorhanden.

PARMENTIER.

68) Arella. **Die Tracheobronchialdrüsenerkrankung. (L'adenopatia tracheobronchiale.)** *Riv. critica di clinica medica. 18. Mai 1912.*

Die Adenopathia tracheo-bronchialis kann Spasmus glottidis mit schweren Asthmaanfällen hervorrufen. Häufiger ist der Spasmus glottidis mit schweren Asthmaanfällen und rauhem tiefen Husten, der diese Krankheitsform von anderen Formen der Athmungsneurosen unterscheiden lässt. Bisweilen sind diese Krankheitserscheinungen ausser auf die Tracheobronchialdrüsenerkrankung auf eine persistierende Thymus zurückzuführen.

Schwere Anfälle von Spasmus glottidis und Asthma sind darauf zurückzuführen, dass eine erweichte Drüse in die Trachea oder in die Bronchien durchbricht.

Dyspnoische Krisen entstehen durch Compression des Pneumogastricus und seiner Aeste. Bei tuberculöser Drüsenerkrankung sind alle diese Erscheinungen schwerer und persistenter.

CALAMIDA.

69) **M. Bossin. Die latente tuberculöse Erkrankung der Tracheobronchialdrüsen beim Kinde. (L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse latente chez les enfants.)** *Le Scalpel. 4. Mai 1913.*

Verf. setzt in grossen Zügen unsere Kenntniss über die tuberculöse Tracheobronchialdrüsenerkrankung auseinander mit besonderer Berücksichtigung der ersten Symptome.

Er legt der cutanen Reaction und der Röntgenuntersuchung grosse diagnostische Bedeutung bei.

PARMENTIER.

70) **Felix Oeri** (Lungensanatorium Braunwald). **Erstickungsanfall in Folge Durchbruchs einer tuberculösen Drüse in den Bronchus.** *Münchener med. Wochenschr. No. 8. 1913.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines Falles „von Bronchialdrüsentuberculose bei einem $16^1/_2$jährigen Jungen, bei dem eine verkäste Drüse in wenigen grossen Fragmenten in den rechten Bronchus durchbrach. Das Hauptstück verlegte zuerst den rechten Bronchus vollständig und den linken (resp. die Trachea) wenigstens theilweise; durch die angestrengte Athmung kam es offenbar ganz in die Trachea zu liegen und führte durch Verschluss derselben zur Erstickung, bis es im Augenblick der höchsten Noth die künstliche Athmung tracheaaufwärts und durch die Glottis trieb.“ „Nach 5 und 12 Tagen wurden je noch ein linsengrosses Stück ausgehustet, so dass die Drüse ziemlich vollständig nach aussen expectorirt worden zu sein scheint.“ Heilung, natürlich mit unsicherer Prognose, wegen der Möglichkeit der Aspiration kleinerer Partikel des infectiösen Materiales sowohl, wie auch der Möglichkeit des Vorhandenseins weiterer erkrankter Drüsen in der Nähe der expectorirten. Hinweis auf die Wichtigkeit der Bronchialdrüsen für die Aetiologie der Lungentuberculose, auf das häufige Vorkommen der Bronchialdrüsentuberculose im kindlichen Alter und die Wahrscheinlichkeit eines häufigeren Vorkommens derartiger Durchbrüche, wobei wohl häufiger die verkästen Drüsen erst central erweichen und dann erst in den Bronchus durchbrechen. Dann werden die kleinen Krümel des infectiösen Materials in die Bronchien der unteren Lungenabschnitte aspirirt und führen dort zur Localisation der Tuberculose in der Lunge.

HECHT.

71) **Broeckaert. Einige Eingriffe wegen Trachealgeschwülste. (Quelques interventions pour tumeurs de la trachée.)** *Le Larynx. No. II. 1913.*

Verf. berichtet über folgende Fälle seiner Praxis: Ein Fall von Granulom bei einem Kind; ein Fall von Papillomen; zwei Fälle von Carcinom, ein primäres, ein secundäres; schliesslich ein seltener Fall von Fibrom von Grösse einer Haselnuss.

GONTIER DE LA ROCHE.

f) Schilddrüse.

72) **S. Pern. Einige angeborene Abnormitäten der Schilddrüse. (Some congenital abnormalities of the thyroid gland.)** *Australian med. journ. 31. Juni 1913.*

Verf. constatirt, dass die Heredität beim Morbus Basedowii eine grosse Rolle spielt. Es besteht grosse Neigung für Myxödem nach der Menopause. Haben einige Generationen Kropf gehabt, so tritt bei den Kindern Neigung zu Degeneration der Schilddrüse und zu Cretinismus hervor. Kalkmangel führt zu Basedow und Anwendung von Calciumlactat hat günstige Wirkung bei dieser Krankheit.

A. J. BRADY.

73) **Rudolf Hoffmann** (München). **Ueber das Anovarthyreoidserum.** *Münchener med. Wochenschr. No. 13. 1913.*

Verf. verbreitet sich über Physiologie und Pathologie der Drüsen mit innerer Secretion, weist auf die Ausfallserscheinungen bei Erkrankung einzelner Drüsen, auf die Thätigkeit ihrer Antagonisten hin und bespricht kritisch die Bedeutung der verschiedenen, gegen Erkrankung einzelner Drüsen dargestellten Seren. Das Gegensätzliche der klinischen und anatomischen Befunde bei Morbus Basedowii und Osteomalacie einerseits und Myxödem und Akromegalie andererseits, stellt Verf. in folgender Tabelle gegenüber:

	Mehrleistung	Minderleistung
Morbus Basedowii . .	Thyreoidea, Thymus	Nebennieren (Hypophysis?)
Osteomalacie	Ovar, Thyreoidea	Hypophyse, Nebennieren
Myxödem	Nebennieren, Hypophysis	Thyreoida, Ovar (Thymus?)
Akromegalie	Hypophysis, Nebennieren	Ovar, Thyreoidea

Man sollte nun versuchen, bei diesen Affectionen durch Zufuhr der Producte der minderleistenden Drüsen therapeutische Erfolge zu erzielen. Verf. liess nun ein Serum von thyreoid- und ovarektomirten Schafen herstellen, das erfolgreich bei Osteomalacie angewandt wurde. Die Wirksamkeit dieses Serums, Anovarthyreoidin genannt, soll auch bei Hyperthyreoidosen erprobt werden.

Das Anovarthyreoidserum kann per os wie das Antithyreoidin, sowie subcutan in der Dosis von 5—10 ccm in Abständen von 3—5 Tagen gegeben werden.

HECHT.

74) **Adolf Kutschera** (Innsbruck). **Gegen die Wasserätiologie des Kropfes und des Kretinismus.** Mit 1 geographischen Skizze. *Münchener med. Wochenschr. No. 8. 1913.*

Verf. fasst seine ausführlichen Beobachtungen in folgende Sätze zusammen:

„1. Die Kropfquellen halten einer Ueberprüfung nicht stand.

2. Kropf- und Cretinismusepidemien werden nur in Wohnungsgemeinschaften, niemals aber in Wassergemeinschaften beobachtet.

3. Die Thierexperimente beweisen zum grössten Theile, dass Kropf und Cretinismus zum Mindesten auch ohne Wasser entstehen können.

4. Die epidemiologischen Erfahrungen über das Auftreten und Verschwinden von Kropf und Cretinismus in Familien und Häusern weisen darauf hin, dass die Ursache beider Störungen im Hause und in der Wohnung in der nächsten Umgebung der Kranken oder in diesen selbst zu suchen ist.

Die Uebertragung der Schädlichkeit durch einen Zwischenwirth hat eine grosse Wahrscheinlichkeit für sich.“

HECHT.

75) **Sinclair Jousey. Fall von Basedow durch Röntgenstrahlen geheilt. (Case of exophtalmic goiter cured by X-ray.)** *Medical Record. 10. März 1913.*

Die Behandlung bestand in Anwendung von Röntgenstrahlen und Hochfrequenzstrom. Die Sitzungen fanden 3 Mal wöchentlich 3 Monate lang statt. Arsen und Strychnin wurden als einzige Medicamente für kurze Zeit gegeben. Pat. wurde vollständig geheilt.

EMIL MAYER.

76) **Günzel** (Bad Soden a. T.). **Ein Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii.** *Med. Klinik. No. 36. 1913.*

Gute Erfolge wurden erzielt mit dem Leduc'schen Strom, da die Basedowkranken in den ersten 5—8 Sitzungen die nervösen Erregungszustände, wie Herzklopfen, beschleunigte Athmung, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, verloren und nach 9—12 Sitzungen sich Struma und Exophthalmus wesentlich verkleinerten.

SEIFERT.

g) Oesophagus.

77) **Kelbling** (Salzbrunn). **Ein seit 8 Tagen im Oesophagus eingeklemmtes Gebiss.** *Med. Klinik. No. 32. 1913.*

Mit Hülfe des Oesophagoskops wurde die Platte entfernt. Warnung vor Versuchen, kantige Fremdkörper in den Magen hinabzustossen.

SEIFERT.

78) **Charles Taylor. Fall von penetrirender Wunde des Oesophagus und der Aorta in Folge Fischgräte. (Case of perforating wound of oesophagus and aorta by fish bone.)** *Brit. med. journ. 7. Juni 1913.*

22jährige Frau verschluckte beim Essen eine Fischgräte; sie war während der nächsten 5 Tage nur Flüssigkeiten zu schlucken im Stande. Dann traten Anfälle von profusem Blutbrechen auf, die innerhalb der nächsten 2 Tage mit dem Tode ausgingen. Die Section ergab, dass eine 2 cm lange Fischgräte in die Speiseröhre durch eine Risswunde in der vorderen Wand unmittelbar unterhalb der Bifurcation hineinragte. Diese Wunde communicirte mit einer Abscesshöhle, in welche sich ebenfalls eine flache Risswunde in der Aorta descendens öffnete.

A. J. WRIGHT.

79) **Anthony Bassler. Zwei ungewöhnliche Oesophagusfälle. (Two uncommon esophageal cases.)** *Journ. amer. med. assoc. 5. März 1913.*

Im ersten Fall handelte es sich um eine sehr lange Zeit im Oesophagus steckende Zahnplatte. Da Verf. nach dem Ausfall der Röntgenaufnahme glaubte

zu der Befürchtung Anlass zu haben, dass bei Extraction der scharfen Platte mittels des Oesophagoskops eine Verletzung erfolgen könnte, durch die die Gefahr einer Cellulitis heraufbeschworen würde, so entschloss er sich zur Oesophagotomie. Heilung.

Im zweiten Fall handelt es sich um Folgendes: Pat. hatte eine Verkalkung der Aorta. Durch den von dieser auf den Oesophagus ausgeübten Druck zusammen mit dem durch den oberen Theil der Herzbasis ausgeübten Druck wurde, wenn die Speisen scharf waren und die Schleimhaut gereizt wurde, eine wenige Minuten bestehende Behinderung der Speisenpassage bedingt.

EMIL MAYER.

80) **A. Flesch** (Budapest). **Divertikelbildung oberhalb der narbigen Oesophagusstenose.** *Orvosi Hetilap. No. 13. 1913.*

Das 5 Jahre alte Mädchen stand wegen Natronlaugenvergiftung und nachfolgender narbiger Stenose der Speiseröhre 4 Jahre lang in Spitalsbehandlung. Die Stenose war hochgradig, und die übrigen Symptome liessen den Verdacht auf ein Divertikel berechtigt erscheinen. Gastrostomie. Versuch einer retrograden Dilatation. Tod wegen Inanition. Bei der Obduction wurde ein grosses Divertikel nachgewiesen. Verf. betont, dass in der Literatur zumeist nur diffuse Ektasien der Speiseröhre als Folgen der Stenose erwähnt werden, während richtige Divertikelbildung auch nicht selten ist.

POLYAK.

81) **Willy Meyer** (New-York). **Die chirurgische Behandlung des Oesophaguscarcinoms.** Aus dem Deutschen Hospital New-York. *Münchener med. Wochenschrift. No. 24. 1913.*

„Frühdiagnose und Frühoperation vorausgesetzt, darf der Chirurg heute mit gutem Gewissen zu radicaler Operation des thoracalen Oesophaguskrebses rathen. Um solche Sachlage zu ermöglichen und günstige Vorbedingungen für den Ausgang der Operation zu schaffen, dürfen Kranke, die über Schluckbeschwerden klagen, nicht abwartend behandelt werden."

Besprechung der Technik und der neueren Operationsmethoden. In Fällen, bei denen nach Erschöpfung aller diagnostischen Hülfsmittel sich eine zweifellose Diagnose nicht stellen lässt, die Wahrscheinlichkeit aber für Krebs spricht, sollte der Pat. dem Chirurgen für eine Probethorakotomie übergeben werden, die jetzt ein ebenso sicherer Eingriff ist, wie die Probelaparotomie. Erweist sich bei der Probethorakotomie die Diagnose „Krebs" als richtig, so wird die Operation sofort in geeigneter Weise fortgesetzt. Bei frühzeitiger Diagnose und Operation gelingt es, Pat. mit Carcinom dieser Gegend nicht nur für kurze Zeit, sondern dauernd zu retten.

HECHT.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Dr. med. et jur. Franz Kirchberg. Athmungsgymnastik und Athmungstherapie.** Mit 78 Abbildungen und 4 Tafeln. Berlin. Julius Springer. 1913.

Kirchberg giebt in dem vorliegenden Werke eine Darstellung der Athmungsgymnastik und ihrer Anwendung sowohl zu allgemein hygienischen Zwecken, wie

zu Heilzwecken. Mit Recht hebt er hervor, wie wenig die therapeutische Anwendung der Athmungsgymnastik den Aerzten bekannt ist. Es ist seltsam genug, dass trotz der Arbeiten eines Schreber, die nun schon ein halbes Jahrhundert zurückdatiren, diese so überaus vielseitig anzuwendende therapeutische Technik immer nur von wenigen Einzelnen ausgeübt wurde. Vielleicht liegt es daran, dass man die Athmungsübungen allzu sehr den Laien überlassen hat. Ehemalige Sänger und Sängerinnen erscheinen auch ohne besonderen Befähigungsnachweis dem Arzte dazu geeignet, Athmungsübungen in rationeller Weise an Patienten vornehmen zu können. Wer nur einige der schweren Schädigungen erlebt hat, die durch das fast stets schematische Verfahren des Nicht-Arztes hervorgerufen werden können, wird von dieser Ansicht gründlich bekehrt werden.

Das hat naturgemäss nichts damit zu thun, dass das Heilpersonal unter Aufsicht und Controle des Arztes Uebungen mit einzelnen ihm zugewiesenen Patienten vornimmt, und zwar Uebungen, welche vom Arzte genau bestimmt und dosirt werden müssen. In dem vorliegenden Werke finden wir eine ausgezeichnete anatomische und physiologische Begründung der einzelnen Athmungsübungen, so dass sich der Arzt hier zuverlässig über Auswahl und Indication der einzelnen Uebungen informiren kann; besonders das 3. Capitel des ersten Theiles ist in dieser Beziehung beachtenswerth.

Für den Laryngologen sind einzelne Capitel des zweiten Theiles von besonderer Wichtigkeit, so das Capitel über Athmungsgymnastik bei nervösen Leiden und Nervenerkrankungen, mehr noch der grosse Absatz über die Athmungstherapie der Nase, des Kehlkopfes, der Luftröhre, der Bronchien, bei Asthma bronchiale etc., und endlich das letzte Capitel über Athmung und Stimmpflege.

Wenn schon dieser kurze Hinweis auf einige Theile des reichen Inhaltes des Kirchberg'schen Werkes eine sorgsame Lectüre und eingehendes Studium dem Laryngologen empfiehlt, so möchte ich zum Schlusse auch noch meiner persönlichen Freude und Genugthuung darüber Ausdruck geben, dass endlich, nachdem so zahlreiche, zum Theil auf ganz falschen Anschauungen und Voraussetzungen basirende Bücher von Laien über Athmungskunst und Athmungstherapie in die Welt gesetzt wurden, ein speciell in der inneren Medicin gründlich durchgebildeter wissenschaftlicher Arzt sich der Aufgabe gewidmet hat, die Athmungsgymnastik und Athmungstherapie exact darzustellen. Gutzmann (Berlin).

---

b) Ross Hall Skillern. M. D. Philadelphia. The catarrhal and suppurative diseases of the accessory diseases of the nose. J. B. Lippincott Company Publishers Philadelphia and London.

Das 382 Seiten starke Buch enthält eine lehrbuchmässige Darstellung der entzündlichen Nebenhöhlenerkrankungen. Es zerfällt in zwei Theile: erstens Allgemeinbetrachtungen und zweitens die einzelnen Nebenhöhlen; der zweite Theil zerfällt in vier Unterabtheilungen. Diese Eintheilung bedingt Wiederholungen, sie hat aber andererseits gewisse Vortheile. Dem beschäftigten Praktiker und dem Studenten, die in die Details nicht eindringen wollen, giebt der erste Theil eine reiche Fülle von Belehrung, so dass er im Stande sein dürfte, die Diagnose zu

stellen. Die mannigfachen Literaturhinweise zeigen, welche Mühe der Verf. auf die Darstellung des Gegenstandes verwandt hat. Die Anatomie ist gründlich behandelt, und zahlreiche Abbildungen erläutern den Text. Die verschiedenen Theorien über die Physiologie werden wiedergegeben.

In Bezug auf die Therapie stimmen wir in einigen Punkten mit dem Verf. nicht überein. So haben wir gewichtige Bedenken gegen die Anwendung starker Cocainlösungen sowie dagegen, dass das Mittel dem Patienten zum Gebrauch in die Hand gegeben wird; auch finden wir die Adrenalinlösung 1 : 1000 zu stark für Anwendung bei acuten Entzündungen, indem dadurch das Epithel zerstört wird und ein Lymphexsudat zurückbleibt, das die Beschwerden des Patienten vermehrt. Die Nebenhöhlenerkrankungen der Kinder sind für ein so ausführliches Werk, wie es das vorliegende Werk ist, zu kurz behandelt. Verf. beantwortet die Frage, warum die Nebenhöhlen bei Kindern nicht öfter erkranken, dahin, dass „mit Ausnahme des Siebbeins während der ersten Kindheitsjahre in den spongiösen Knochen kaum mehr als Einkerbungen vorhanden sind“.

Ist es nicht der Fall, dass solche Erkrankungen vorhanden sind, aber nur in wenigen Fällen erkannt werden? Sectionen von an Infectionskrankheiten verstorbenen Kindern zeigen, dass die Infection auch die Nebenhöhlen befallen hat. Jedenfalls würde die Darstellung dieser Erkrankungen mit ihren auffallend sich gleichenden Symptomen eine werthvolle Ergänzung bilden, und wir hoffen, sie in einer späteren Auflage zu finden.

Die Anatomie der Oberkieferhöhle ist sehr sorgfältig und gründlich dargestellt; Verf. hat den Vortheil gehabt, sich dafür der hervorragenden Präparate von Prof. M. H. Cryer bedienen zu können, deren Abbildungen aussergewöhnlich schön sind. Das Capitel über die operative Behandlung der Kieferhöhle ist klar geschrieben und gut illustrirt. Ebenso lässt sich gegen die Darstellung der Stirnhöhlen-, Siebbein- und Keilbeinerkrankung nichts einwenden.

Im Ganzen hat Verf. seinen Gegenstand in meisterhafter Weise behandelt; er hat die neuesten Ansichten berücksichtigt und lässt allen Autoren, auf deren Arbeiten er zurückgreift, volle Gerechtigkeit widerfahren.

Dem Verleger gebührt für die Ausstattung und die gelungenen Abbildungen volle Anerkennung. Emil Mayer.

---

c) Verhandlungen der Dänischen oto-laryngologischen Gesellschaft.

85. Sitzung vom 5. Februar 1913.

Vorsitzender: Jörgen Möller.
Schriftführer: Willaume Jantzen.

K. Nörregaard: Fall von tuberculösen Geschwüren beider Tonsillen.

Holger Mygind: Fall von Epitheliom des Nasenrachens, mit Radium behandelt.

Vald. Klein: Diplacusis echoica.

Wilh. Waller: Otitis media chronica bei einem 4jährigen Kinde. Complicationen mit pyämisch-septischem Charakter. — Heilung.

Jörgen Möller: Demonstration eines Nasenrachenvibrators.

Verf. verwendet eine Sonde, die durch ein gewöhnliches Excenterhandstück bewegt wird, erzielt aber statt der gewöhnlichen stossenden eine seitlich gleitende Bewegung dadurch, dass er die Sonden im rechten Winkel abbiegt und das Handstück frontal vor dem Patienten hält; die Sonde ist ferner mit einer hölzernen Pelotte versehen, von der Grösse einer Fingerpulpa und mit einer Cautchouchülse überzogen (die gewöhnlichen kleinen Saughütchen passen dazu). Die Einführung geht meistens leicht von statten und die Vibration wirkt nicht besonders lästig; ein grosser Vortheil ist, dass die Pelotte einen so grossen Theil der Schleimhaut auf einmal beeinflusst, so dass man sie nicht viel zu dislociren braucht und gerade das Dislociren ist es, das Würgbewegungen hervorruft. Verf. verwendet niemals vorherige Cocainisirung.

Discussion: Vald. Klein.

Jörgen Möller: Fall von Parulis mit Antrumempyem und Senkungsabscess. — Collaps. Heilung.

7jähriges Mädchen mit grosser Parulis und Antrumempyem; beträchtliches Oedem der Wange und der Augenlider und Chemosis. Das Kind war etwas heruntergekommen; als aber keine Symptome von endocraniellen oder orbitalen Complicationen vorhanden waren, wurde die Operation zum folgenden Tag aufgeschoben. Nachts aber trat starke Temperaturerhöhung (41) auf und darauf Collaps; es gelang das Kind genügend zu stimuliren. Bei der Operation fand man einen grossen subperiostalen Abscess mit einer Senkung, die sich auf die Rückfläche des Os maxillare ausdehnte, ferner Antrumempyem und Caries des 1. Molare und der benachbarten Theile des Proc. alveolaris. Einige Tage nach der Operation bildete sich im unteren Augenlid ein kleiner Abscess, der entleert wurde, sonst verlief alles glatt, das Kind konnte nach 9 Tagen entlassen werden und nach weiteren 10 Tagen war alles geheilt. Der Abscess im Augenlide stand mit der ursprünglichen Abscesshöhle in keiner Verbindung, es war also ein metastatischer und kein Senkungsabscess.

86. Sitzung vom 5. März 1913.

Vorsitzender: Jörgen Möller.
Schriftführer: O. Speyer.

O. Strandberg: Eine neue Behandlung der Tuberculose in den Schleimhäuten der oberen Luftwege.

Verf. hat die neue Methode von Brinch versucht: Inhalation von Luft, die einen Kasten passirt hat, in dem eine Lampe brennt, die sehr viele chemisch wirksame Strahlen entsendet. Verf. hat u. a. 3 Fälle von Kehlkopftuberculose behandelt, die sehr schnell gebessert wurden, namentlich verschwanden innerhalb weniger Tage alle Schluckschmerzen. Die Sitzungen dauern $^{3}/_{4}$ Stunden und finden 2 mal täglich statt.

Verf. hat u. a. einen Mann mit ausgedehnten tuberculösen Geschwüren der

Tonsillen und der Gaumenbögen behandelt, bei dem vorläufig eine sichtbare Besserung eingetreten ist; schon nach 3—4 Tagen gab Patient spontan an, keine Schmerzen mehr zu fühlen. Der Patient wurde demonstrirt.

M. P. Buhl: Myxödem mit den ersten Symptomen in den oberen Luftwegen.

Verf. hat einige Fälle gesehen, in denen die fortgesetzte Behandlung eines vermeintlichen Leidens der oberen Luftwege erfolglos war, während sich später herausstellte, dass ein Myxödem die zu Grunde liegende Krankheit war. Verf. demonstrirt den einen Fall, einen Hauptmann a. D., der schon seit 20 Jahren wiederholt wegen eines sich immerfort verschlimmernden Katarrhs der oberen Luftwege in verschiedener Weise behandelt worden war. Die Schleimhäute der oberen Luftwege waren auffallend bleich und ödematös. Nachdem Patient mit Thyreoidin gründlich behandelt worden war, verschwanden alle Symptome.

H. Ph. Blegvard: Fall von Nasencorrection.

Fall von Schiefnase, der mit Rhinorthosis ad mod. Joseph behandelt wurde. Nach Correction der knöchernen Nase deviirte die Nasenspitze noch immer, weshalb die knorpelige Nasenscheidewand vom Nasenboden abgelöst wurde, sodass auch die knorpelige Nase corrigirt werden konnte. Am Besten dürfte es in solchen sein eine Uebercorrection hervorzubringen, indem die Nase eine gewisse Neigung hat, bei der Narbencontraction ihre alte Stellung einzunehmen.

E. Schmiegelow: Klinische Beiträge zur Anwendung der Schwebelaryngoskopie.

Die Methode bietet bei langdauernden Eingriffen erhebliche Vortheile. Verf. hat sie bisher in 8 Fällen verwendet, darunter 2 mal zur Entfernung von Papillomen, einmal zur Entfernung tuberculöser Infiltrate und einmal zur Eröffnung eines grossen endolaryngealen Abscesses.

Discussion: Blegvad.

L. Mahler: Tracheoskopie bei Struma.

Die Tracheoskopie sollte bei jedem Strumapatienten vorgenommen werden, indem man nur durch diese zuverlässige Aufschlüsse erhielt über den Sitz und den Grad einer eventuellen Compression. Verf. erwähnt zwei Fälle, in denen die Tracheoskopie in dieser Beziehung gute Dienste leistete; in beiden Fällen wurde bei der nachfolgenden Operation die Trachealstenose völlig gehoben.

Discussion: Klein, Schmiegelow.

Schousboe: Fall von Fremdkörper in der Speiseröhre.

In dem betreffenden Fall wurde der Tubus zuerst unbehindert bis zur Cardia hineingeführt, bei dem Rückziehen aber fand man 32 cm von der Zahnreihe einen quergestellten Knochen, der extrahirt wurde. Der Fall zeigt, wie wenig man auf eine Sondenuntersuchung bauen kann, wenn der ösophagoskopische Tubus ganz unbehindert an dem Fremdkörper vorbeigleiten kann, ausserdem kann die Sondenuntersuchung directen Schaden machen.

Schousboe: Fall von Fremdkörper in der Luftröhre.

4jähriger Knabe, der eine Nadel aspirirt hatte; sie wurde in der Trachea gefunden, der Kopf auf die Bifurcation, und extrahirt.

Schousboe: Fall von Fremdkörper im rechten Bronchus.

Ein 13jähriger Knabe hatte die Bernsteinspitze einer kleinen Pfeife aspirirt; sie sass in dem rechten Bronchus eingekeilt, wurde zweimal gefasst, schlüpfte aber wieder hinunter; bei dem dritten Versuch wurde sie durch einen Hustenstoss in das Bronchoskop geschleudert und sass hier so fest eingekeilt, dass beide zugleich herausgezogen werden konnten.

Wilh. Waller zeigte Photographien von mehreren Fällen von Nasencorrection vor.

87. Sitzung vom 2. April 1913.

Vorsitzender: Jörgen Möller.
Schriftführer: Blegvad.

P. Tetens Hald: Eine Stirnlampe zur Verwendung in der Wohnung des Patienten.

Eine Lampe nach Kirstein'schem Prinzip mit Metalldrahtlämpchen für etwa 3 Volt, durch ein Trockenelement gespeist; die Polschrauben sind sorgfältiger gearbeitet und zuverlässiger, als bei der Kirstein'schen Lampe.

P. Tetens Hald: Fall von Carcinom (?) im Sinus pyriformis, vor $5^1/_2$ Jahren per vias naturales entfernt.

51jährige Frau mit Schluckbeschwerden; bei der Hypopharyngoskopie (1907) sieht man im rechten Sinus pyriformis eine lappige, bewegliche, von normaler Schleimhaut bedeckte Hervorragung, die entfernt wurde. Mikroskopie: Papillomatöses Oberflächenepithelcarcinom. December 1910 wieder eine lappige Hervorragung vorhanden. Mikroskopie: Papillom mit „Zwiebel"-Bildung; die Frage der Malignität kann nicht entschieden werden. Jetzt (1913) befindet Patientin sich wohl, das Schlucken ist frei. Laryngoskopisch sieht man im rechten Sinus pyriformis und in der rechten Seite des Hypopharynx eine Anzahl ähnlicher Excrescenzen. Man konnte hier, wie es oftmals vorher der Fall gewesen, ein auf papillomatöser Basis entstandenes Carcinom annehmen, das durch die Entfernung per vias naturales geheilt wurde. Es mag aber doch wahrscheinlicher sein, dass es sich in diesen, wie in verschiedenen anderen, als Carcinom veröffentlichten Fällen thatsächlich nur um ein Papillom mit Zwiebelbildung handelt.

P. Tetens Hald: Fall von Tumor meatus audit. ext.

P. Tetens Hald: Luftführender Retropharyngealabscess, vielleicht durch Oesophagoskopie superinficirt. Durch äussere Incision geheilt.

Eine 50jähr. Frau hatte seit einiger Zeit Schmerzen in der Höhe der Vertebra prominens, ferner stockte das Essen. 4 Tage vor der Aufnahme wurde Oesophagoskopie versucht, über die der betreffende Arzt berichtet, dass ihm bei dem Oesophaguseingang ein sonderbarer Widerstand begegnet war, weshalb er die Untersuchung aufgab. Es war jetzt ein grosser retropharyngealer Abscess vorhanden, aus dem bei einer Probeincision Blut und übelriechende Luft entleert wurde. Der Abscess wurde dann von aussen geöffnet und eine Menge stinkenden, schäumenden Eiters entleert; die Abscesshöhle lag zwischen der Rachenwand und der Wirbel-

säule und reichte ziemlich hoch hinauf; entblösster Knochen liess sich nicht nachweisen, im Röntgenbild aber fand man im Körper des vierten Halswirbels einen pathologischen Process. Wahrscheinlich ist durch die Oesophagoskopie eine kleine Läsion entstanden, durch die eine secundäre Infection stattgefunden hat, denn die retropharyngealen Abscesse treten sonst nicht als Gasphlegmone auf.

N. Rh. Blegvad: Die Diagnose der primären Larynxdiphtherie bei kleinen Kindern.

Die Fälle von primärem Croup sind bei kleinen Kindern oftmals sehr schwer zu erkennen; sie lassen sich jedenfalls nur durch Laryngoskopie diagnosticiren und gewöhnlich wird dann nur die directe Laryngoskopie gelingen. Verf. erwähnt 8 Fälle, in denen nur durch die endoskopische Untersuchung eine exacte Diagnose möglich war. Zum Vergleich berichtet er dann auch über einen Fall, wo ein Croup vermuthet wurde, bei der directen Laryngoskopie aber nur ein subglottischer Katarrh gefunden wurde.

N. Rh. Blegvad: Fall von Sinusthrombose. Pachymeningitis interna und externa. Abscessus cerebri.

J. Hempel: Demonstration einer diphtherischen Membran.

Es handelt sich um eine Membran, die einen vollständigen Aussguss der Luftwege von der Epiglottis an bis zur Bifurcation darstellte. Sie wurde am Tage nach der Tracheotomie durch den Mund ausgehustet unter einem schweren dyspnoischen Anfall. Der Patient genas.

Jörgen Möller: Fall von riesigem Hirnabscess bei einem Kinde.

Jörgen Möller: Demonstration von Säuglingsohrtrichtern.

Jörgen Möller: Rhinolith mit Wattekern.

Jörgen Möller.

---

d) XVII. Internationaler Medicinischer Congress zu London, vom 6. bis 12. August 1913.

XV. Section Rhinologie und Laryngologie.

Sitzung vom 7. August.

Vorsitzender: Sir St. Clair Thomson.

Begrüssungsansprache des Vorsitzenden Sir St. Clair Thomson:

The last time that the International Congress of Medicine was held in London was in 1881, when, as a student, I attented some of the meetings. Although there were separate sections for Otology, Ophthalmology, Dermatology and Odontology, yet 32 years ago our special department of practice had not attained to a separate, autonomous section. Rhinology was hardly recognized and laryngology was relegated to a sub-section and had no president. The sittings were presided over by a Chairman selected from the Vice-Presidents of the Section of Medicine. That Chairman was Sir George Johnson, my own chief, who, however, desired to be known as a general physician although his observations on the innervation of the

larynx are worthy of remembrance. The number of laryngologists who inscribed their names as members of this sub-section, this Cinderella of the specialities, was 342 and the average daily attendance at the sittings varied from 60 to 100. To-day already 230 have inscribed their names, and judging from this morning's gathering our attendance will be numbered in hundreds.

In the year 1881 eighteen hours were given up to discussing 38 papers. This year we are prepared to devote 30 hours to debating 5 rapports and 34 communications.

The Chairman of 1881 has been gathered to his forefathers, but all the three secretaries of that occasion are, I rejoice to say, still amongst us and in the full enjoyment of health and vigour. Dr. de Havilland Hall has been lured into the wider field of internal medicine; Dr. T. J. Walker in the provincial town of Peterborough where I commenced my studies of medicine as his pupil has won renown as a general surgeon, but Sir Felix Semon has continued to be the devoted apostle of laryngology and in his retirement from active practice he remains an attached follower and a detached critic.

It might be interesting if I briefly referred to the subjects of discussion in 1881 and left to all present to draw their own comparisons with the programme of work we have before us today, in this way showing how swift and mighty has been the progress of rhino-laryngology in these 32 years.

The Chairman in his opening address in 1881 still felt it necessary to uphold the claims and benefits of the laryngoscope and Manuel Garcia again narrated how the possibility of viewing the living larynx flashed across his imagination while he was strolling in the garden of the Palais Royal, that historical September day in 1854. The local treatment of diphtheria now-a-days, thanks to the wonderful discovery of antitoxin, of such secondary, I might almost say, of such trifling importance, was one of the subjects of set discussion, and the rapporteurs were Morrell Mackenzie, Tobold and Lennox Browne. Krishaber of Paris announced his firm conviction that tuberculosis of the larynx while possibly healing in one part yet always broke out in another, and so invariably ended fatally, generally within a year, although „quelques cas resistent deux ans“.

A debate on laryngeal paralyses set the foundation of our now established classification of these affections and gave the early embodiment of what we know as the Semon law. It gives us pause to read that a subject of debate was „the indications for extra or intralaryngeal treatment of benign tumours of the larynx“, when at present all the world knows that every simple growth can be removed by the intralaryngeal route according to the Hippocratic principle „cito, tuto et jucunde“. But doubtless the subject was chosen to enlighten the medical public as to the possibilities of the laryngoscope, which was then only 25 years old.

Stenoses of the larynx, still in our day a bête noire to the laryngologist, was another subject of general discussion in 1881, one of the rapporteurs being our confrère Heryng of Warsaw.

The indications for partial or complete extirpation of the larynx were discussed, but laryngo-fissure was not even mentioned during the debate. At that

date and for some years afterwards the operation was so disastrous that there was little anticipation of the brilliant results we now obtain.

At our previous London Congress the galvano-cautery had hardly started on its useful, although sometimes wild, career, yet in a discussion introduced by Voltolini, Solis-Cohen, Cadier, Lennox Browne, Foulis and Victor Lange, one conclusion arrived at even 32 years ago, was that the electric cautery was often used unnecessarily.

Adenoid vegetations were discussed in a masterly way by their discoverer, Wilhelm Meyer, followed by Loewenberg, Guye and Woakes.

The everlasting subject of ozaena came in for consideration, and five other communication on various subjects completed the programme.

It is interesting to note that in 1881 there was not a single communication on the surgery of the nose, on diseases of the accessory sinuses, on the bacteriology of the air passages, or on laryngo-fissures. At that date cocaine was unknown, adrenaline was undreamt of, and electricity was not available for illumination.

The trachea was only partly visible when reflected in the laryngeal mirror; but the hardihood of the early pioneers of rhino-laryngology is shown by the record that Morell Mackenzie and Stoerk showed their oesophagoscopes and the former even exhibited a patient on whom he had performed internal oesophagotomy.

Gentlemen, in the 32 years which have passed since an International Congress of Medicine was held in this City, rhinology has been created and laryngology has travelled far.

A glance at our programme will show that diseases of the larynx can now be viewed not only indirectly but directly, and can be surgically attacked both from the outside and through the mouth. The laryngologist has extended his province downwards until it embraces the lower air passages and even the secondary bronchi and we are now busy annexing the oesophagus.

Upwards the laryngologist has claimed and explored the nose and its various accessory sinuses. The sphenoidal sinus, a cavity which not so long ago was looked upon as for ever beyond the surgeon's interference, is now treated daily in every throat clinic, and before our Congress closes we shall, I hope, have shown how it can be traversed to remove disease within the very cranium itself.

Lermoyez divided the history of laryngology into three stages: The first was from the invention of the laryngoscope in 1854 and the discovery of cocaine: this drug opened up a large field for observation and usefulness and started us on the second stage. The third stage was opened by the perfection of all the endoscopic method for which we are indebted to Killian, and his pupils and followers. Gentlemen, we are happy to have lived in these vigorous years of development of rhino-laryngology. Our speciality in the last ten years has made more marked progress than any of its fellows and the public hardly realise the benefits it confers on the health and happiness of the community and particularly of the rising generation.

What will mark the next stage of our progress I will not venture to predict. It only remains for me as spokesman of the Council of the Section and on behalf

of all British laryngologists to bid you one and all a hearty welcome, and toassure you, in the words of Shakespeare, that „our true intent is all for your delight“.

Meine verehrten Herren Collegen! Ich hoffe, dass Sie mit meinem schwachen Versuch, deutsch zu sprechen, freundlichst Nachsicht haben mögen. Wohl weiss ich, dass die meisten von Ihnen unsere Sprache mit Leichtigkeit beherrschen, ja, dass Sie zuweilen unsere Literatur besser kennen, als wir selber. Gestatten Sie mir daher, mich darauf zu beschränken, Sie im Namen unseres Comités und im Namen der gesammten Britischen Aerztewelt herzlich willkommen zu heissen, willkommen auf unserer Insel, deren Einwohner demselben grossen Volksstamm angehören, wie Sie auch. Und lassen Sie mich in diesen Willkommensgruss nicht nur Deutschland und Oesterreich einschliessen, sondern auch die Vertreter der Länder, welche mit Recht, wie ich glaube, das Deutsch als gemeinsame Verkehrssprache für unsere Wissenschaft adoptirt haben.

Sie sind alle willkommen.

Miei cari amici e Colleghi della Penisola! Voi, che venite dal paese che fu culla della nostra civiltà, e la sorgente delle nostre arti, parlate una dolce lingua che deve essere sempre cara a tutti quelli, che, come noi, debbono per la professione loro interessarsi anche della voce pel canto.

Non è il caso di dirvi che personalmente io esulto al pensiero di avere ora l'opportunità di salutare quelli che vengono dal caro paese, che è per me una seconda patria, dove io ho passato sette dei più felici anni della mia vita.

Siate tutti i ben venuti.

Mes chers Confrères et Amis! Nous savons tous que chacun de nous a deux patries, la sienne et la France. Cette situation est très agréable pour les autres nationalités, mais elle est très dure pour les Français, qui par le fait sont les seuls n'ayant qu'une seule patrie! Nous avons l'intention de porter remède à ce grief, et avant la fin de ce congrès, nous osons espérer qu'en retournant dans ses foyers tout Français aura deux patries, sans compter que passé ce delai les représentants des autres nations en auront peut-être trois!

Nous souhaitons cordialement la bienvenue à nos confrères de France, de Belgique, et de la Suisse, où j'ai fait mes études et où j'ai obtenu mon doctorat, ainsi qu'à nos amis d'autres pays dont la langue de la culture et des rapports sociaux est le Français.

Mes amis, à vous tous je vous souhaite la bienvenue.

La séance est ouverte.

Killian (Berlin). Referat: Neuere Fortschritte der endoskopischen Methoden zur Untersuchung der Trachea, der Bronchien, des Oesophagus und des Magens.

Das Referat ist vollständig erschienen im Internationalen Centralblatt für Laryngologie. Bd. XXIX. No. 9.

Chevalier Jackson (Pittsburg) Correferent: Der Berichterstatter fusst hauptsächlich auf eigenen Erfahrungen und benutzt zumeist nur die amerikanische

Er glaubt, dass es vortheilhaft wäre, wenn die endoskopische Chirurgie nur von einigen wenigen Specialisten, die nöthige Uebung, Einrichtung, Assistenz etc. besitzen, geübt würde. Ein Vergleich der Statistik betreffend die Extraction von Fremdkörpern, ausgeübt von einigen anderen Operateuren und seinen eigenen, spricht entschieden im Sinne Jackson's. Von der letzten Serie von 182 bronchoskopischen Fremdkörperfällen starben im Laufe eines Monats nach dem Eingriffe 3 (1,7 pCt.); es handelte sich stets um obere Bronchoskopie. J. hat überhaupt nur ein einziges Mal die untere Bronchoskopie gemacht. Bei jenen 182 Fällen gelang die Entfernung des Fremdkörpers 177 mal; in den 5 nicht gelungenen Fällen handelte es sich um kleine Fremdkörper, die in einem kleinen Bronchus nahe der Peripherie der Lunge staken.

Bei seinen 206 ösophagoskopischen Fremdkörperfällen gelang die Entfernung des Fremdkörpers 198 mal; in 8 Fällen glitt er nach unten. Er hatte 4 Todesfälle, eine 56jährige Frau mit vorgeschrittener Nephritis, und 3 Fälle, wo seitens andrer Operateure beim Versuch der Oesophagoskopie bereits schwere Verletzungen des Oesophagus gesetzt waren. Ein statistischer Vergleich der in den grossen gut eingerichteten Kliniken operirten Fälle mit jenen, die von Operateuren mit geringerer Erfahrung behandelt wurden, fällt sehr zu Gunsten der ersteren aus.

Bei Besprechung der Röntgendiagnose der Fremdkörper erwähnt J. ein von ihm geübtes Hülfsmittel, das darin besteht, dass ein positiver transparenter Film über den negativen Film des Patienten, welcher den Fremdkörper zeigt, gelegt wird; als Orientirungspunkte dienen die Pleurakuppe und die Zwerchfellkuppe. Er hat positive Filme in 12 Grössen vorräthig, von denen die dem negativen Film des Patienten entsprechende Grösse gewählt wird, und zwar sind die positiven Films von Cadavern genommen, die nach der Brünings'schen Methode injicirt sind.

Auf das Nähere der Technik eingehend, stellt Ch. J. folgende Grundsätze für die Anwendung der Anästhetica auf: 1. Bei Kindern unter 6 Jahren keine allgemeine oder locale Anästhesie, ausser wenn es sich um sehr scharfe Fremdkörper handelt (Sicherheitsnadeln, Angelhaken), bei denen in Folge Würgen oder Husten Perforation droht; auch in solchen Fällen ist allgemeine Narkose absolut contraindicirt, wenn die geringste Dyspnoe besteht. Cocain ist bei Kindern nutzlos und gefährlich.

2. Bei Erwachsenen ist für die Oesophagoskopie allgemeine oder locale Anästhesie unnöthig, ausser bei sehr grossen und scharfen Fremdkörpern, um die Oesophagus- und Pharynxmusculatur zu erschlaffen. Allgemeinnarkose steigert die Gefahr des Athmungsstillstandes bei der Oesophagoskogie ganz enorm. Localanästhesie des Oesophagus ist zwecklos, da der Oesophagus insensibel ist. Zur directen Laryngoskopie bei Fremdkörpern soll kein Cocain gebraucht werden, dagegen ist locale Anästhesie oft nöthig zur Entfernung von Neubildungen. Für Bronchoskopie zum Zweck der Diagnose ist Anästhesie des Larynx incl. der Epiglottis nothwendig.

3. Tracheotomie soll unter keinen Umständen, weder bei Erwachsenen noch bei Kindern unter Allgemeinnarkose gemacht werden.

J. hat bei den letzten 107 bronchoskopischen und ösophagoskopischen Fremdkörperfällen bei Kindern unter 6 Jahren kein allgemeines oder locales Anästheticum angewandt.

Hinsichtlich der Instrumente empfiehlt Ch. J. für die Oesophagoskopie einen Aspirator, der in der Wand des Tubus untergebracht ist und mit einer Saug- und Druckpumpe functionirt. Der positive Druck wird benutzt, um das Aspirationsrohr von eventuell sich darin festsetzenden Fragmenten zu reinigen. Für die Bronchoskopie empfiehlt Ch. J. gar keine Aspiration, er begnügt sich mit den Tupfern. Die Vorbereitungen für eine Fremdkörperextraction sind dieselben wie die einer grossen Operation. Was die Stellung anbetrifft, so ist zur Diagnosestellung für Erwachsene die sitzende, für Kinder die Rückenlage vorzuziehen. Wenn der Patient sitzt, so soll auch der Operateur sitzen. Bei Fremdkörperfällen soll, ob es sich nun um Erwachsene oder um Kinder handeln mag, stets im Liegen operirt werden. Zu verwerfen ist die Rose'sche Kopflage mit überhängendem Kopf. Für die directe Laryngoskopie ist am besten, den Patienten ein Kissen unter den Kopf zu legen; für Bronchoskopie, Oesophagoskopie und Gastroskopie eignet sich am besten die sogenannte Boyce'sche Lage, d. h. der Kopf des Patienten wird über das Niveau des Tisches erhoben.

Was die Indicationen für die Bronchoskopie anlangt, erwähnen wir neben den bekannten Indicationen noch folgendes: Man muss die Bronchoskopie bei jedem Verdacht auf Fremdkörper ausführen. Auch nach spontaner Expectoration des Fremdkörpers ist an die Möglichkeit zu denken, dass ein Theil des Fremdkörpers zurückgeblieben ist oder dass noch ein zweiter Fremdkörper vorhanden sein kann. In jedem Fall von Bronchiektasie ist an einen Fremdkörper zu denken. Jeder dunkle Fall von Dyspnoe, der nach Tracheotomie nicht gebessert ist, soll endoskopirt werden. Ebenso bei Hämoptoe, wenn die tuberculöse Natur nicht evident ist. So fand Ch. J. als Ursache von Lungenblutung 3mal Aneurysma, 2mal Krebs, 3mal Lues. Er wies aber auch die tuberculöse Natur der Hämoptoe in Fällen nach, wo klinisch für die tuberculöse Natur der Blutung keine Anhaltspunkte vorlagen. Bei jedem zweifelhaften Fall soll endoskopirt werden, ferner in allen Fällen von Bronchiektasie, allen Fällen von Recurrenslähmung, deren Ursache sonst nicht auffindbar ist.

Was das subglottische Oedem der Kinder nach oberer Bronchoskopie anlangt, so hält Ch. J. dies Oedem bedingt durch das unpassend gewählte Rohr und namentlich durch die Art und Weise, wie es hantirt wurde. Seit 1911 hat Ch. J. kein einziges Mal ein subglottisches Oedem auftreten gesehen bei dreissig Kindern unter einem Jahr, die mit oberer Bronchoskopie wegen Fremdkörper behandelt worden sind. Das jüngste Kind war $2^1/_2$ Monate alt. Manchmal trat allerdings etwas Dyspnoe auf, aber eine neuerliche Endoskopie, die ermöglichte, eine Menge Secret herauszubefördern, beseitigte die Dyspnoe. In keinem Falle musste secundäre Tracheotomie gemacht werden. Als Tubus verwendet er bei Kindern Rohre von 4—5 mm Durchmesser. Mit solch engem Tubus fällt jede Nöthigung, eine Tracheotomie zum Zwecke der unteren Bronchoskopie zu machen, weg und thatsächlich hat Ch. J. bei 706 bronchoskopischen Fällen nicht ein einziges Mal die Tracheotomie ausführen müssen.

Was die Gastroskopie anlangt, ist der Bericht sehr kurz. Ch. J. benützt zwar noch immer sein eigenes Gastroskop, doch lobt er das Gastroskop von Janeway, das ihm als das beste von allen bisher construirten Instrumenten erscheint.

Discussion:

Die äusserst lebhafte Discussion, an der sich 23 Redner betheiligten, drehte sich hauptsächlich um die These Ch. Jackson's, bei Kindern die Endoskopie ohne jegliche Anästhesie vorzunehmen.

W. Hill glaubt, wenn er die Abbildung mit der imponirenden Inscenirung sieht, die den Bericht Ch. J.'s ziert, dass vielleicht eine suggestive Wirkung ausgeübt wird, die Ch. J. die Anästhesie ersetze. Auf diese Bemerkung antwortet Ch. J., dass es sich durchaus nicht um eine persönliche Wirkung handle, sondern dass jeder erfahrene Bronchoskopiker ähnlich vorgehen könne. Schonung und Zartheit seien jedoch Grundbedingung zum Gelingen.

Freudenthal berichtet über gute Resultate, die er mit der Schwebelaryngoskopie erzielt hat. Er zeigt auch ein kleines Modell eines Epiglottisspatels mit sich spreizenden Branchen, das sich ihm zur Schwebelaryngoskopie gut bewährt habe.

Kubo berichtet über die Ausübung der endoskopischen Methoden in Japan (s. Leitartikel dieses Heftes).

Mouret beschreibt die Position, die er gewöhnlich bei allen Fällen von Endoskopie anwendet. Es ist die des stark nach vorn geneigten Oberkörpers, analog der des Radfahrers.

Lewisohn, Hill, Julius zeigen jeder ein eigenes Gastroskop und beschreiben dessen Technik.

Jefferson Faulder (London): Ein Fall von Ulcus rodens des Gesichtes.

Moure (Bordeaux): a) Was wird aus dem operirten Sinus? b) Bemerkungen über die Behandlung der Kieferhöhleneiterungen.

So oft M. wegen partieller Recidive vorher von aussen operirte Stirnhöhlen und Kieferhöhlen wieder eröffnen musste, constatirte er, dass von ehemaligen Höhlen kaum noch etwas vorhanden war. An Stelle der Nebenhöhle befand sich ein fester, von fibrösem Gewebe ausgefüllter Block, von den vereiterten Zellen, derentwegen wieder operirt werden musste, abgesehen. M. wurde dadurch in seinem Glauben befestigt, dass eine definitive Heilung nur zu erzielen ist, wenn man die ganze Schleimhaut einer Nebenhöhle radical auskratzt und so ermöglicht, dass die Höhle sich mit Narbengewebe ausfüllt und als Höhle verschwindet. M. war mit der Niederschrift dieser Ideen beschäftigt, als eine Arbeit von Ssamoylenko, erschienen in Fränkel's Archiv, eine experimentelle Bestätigung derselben durch Thierversuchte brachte. Als praktische Schlussfolgerung ergiebt sich daher, dass man auf eine definitive Heilung der Nasennebenhöhleneiterungen nur rechnen darf, wenn man die Schleimhaut derselben so radical wie möglich auskratzt. Ein Erhalten eines Theiles derselben, um das Wiederwachsen einer angeblich normalen Schleimhaut zu ermöglichen, ist in Folge dessen unnütz, ja sogar schädlich, da es uns nur auf eine Verödung der erkrankten Nebenhöhlen ankommen kann.

Kubo macht die Radicaloperation der Kieferhöhlenentzündung nach Luc und der Stirnhöhlenentzündung nach Killian fast ausschliesslich unter Localanästhesie. Wenn 10—15 malige Ausspülungen von natürlichen Oeffnungen aus nichts

helfen, dann erst schreitet er zur Radicaloperation. Dabei macht er totale Entfernung der kranken Schleimhaut und legt primäre Naht an. Er hat seit kurzem die Kieferhöhlenoperation so modificirt, dass er die Wundränder des Fensters im unteren Nasengang mit vier Lappen der Nasenschleimhaut bedeckt, die durch einen schräg angelegten Kreuzschnitt zu Stande kommen. Tamponade wird nur so viel gemacht, dass die Schleimhautlappen festhalten. Die Wunde der Mundtasche wird am 3. Tage nach Entfernung der Tamponade vollständig geschlossen.

Was die Wiederherstellung der Höhlenauskleidung anbetrifft, so ist K. der Meinung Ssamoylenko's, der durch Thierexperiment die Stirnhöhle studirte. K. konnte durch Röntgenographie der Kieferhöhle vor und nach der Operation constatiren, dass eine operirte Kieferhöhle einen dunkleren Schatten giebt.

Hugo Zwillinger (Budapest): Experimentelle Untersuchungen zur Mechanik der intracraniellen und cerebralen Complicationen der Stirnhöhlenentzündungen.

Im Anschlusse an meine Untersuchungen über „Die Lymphbahnen des oberen Nasenabschnittes und deren Beziehungen zu den perimeningealen Lymphräumen" hatte sich die Frage ergeben, ob es Verbindungen der Lymphbahnen der Stirnhöhlenschleimhaut mit den genannten Räumen auch beim Menschen giebt, und welcher Art dieselben wären, welche Rolle denselben in der Mechanik der von der erkrankten Stirnhöhle verursachten oder postoperativen intracraniellen und cerebralen Complicationen zukommt.

Auf Grund der ausgeführten und meiner eigenen Untersuchungen kam ich zu folgenden Schlüssen:

1. Der Zusammenhang der perimeningealen Räume des Subdural- und des Subarachnoidealraumes mit dem Lymphgefässnetze der Stirnhöhlenschleimhaut auf dem Wege der Nasenschleimhaut beim Thiere (Kaninchen) ist bekannt.

2. Der directe Zusammenhang der perimeningealen Lymphräume mit dem Lymphnetze der Stirnhöhlenschleimhaut ist festgestellt.

3. Der Zusammenhang der perimeningealen Lymphräume mit dem Lymphnetze der Stirnhöhlenschleimhaut auf selbstständigen, den Knochen passirenden Wegen ist sichergestellt.

4. Der anatomische Nachweis des Zusammenhanges der Lymphwege der Stirnhöhlenschleimhaut mit den Lymphräumen des Centralnervensystems beim Menschen ist erbracht.

5. Die Wege, auf welchen intracranielle und cerebrale Complicationen von der Stirnhöhle aus stattfinden können, sind ausser den bekannten die in directem Zusammenhange mit den perimeningealen Lymphräumen stehenden Lymphwege der Stirnhöhlenschleimhaut.

R. Hoffmann (Dresden): Ueber den Verlauf der sensiblen Nerven in der unteren Nasenmuschel.

Die sensiblen Endigungen der Nerven in der respiratorischen Schleimhaut der Nase sind von Retzius bei der Katze und der Maus untersucht worden, von Kallius beim Kalb.

Vortr. giebt eine Darstellung der Vertheilung der sensiblen Nerven (Trigeminus) in der unteren Nasenmuschel.

Der Trigeminus tritt an der Insertionsfläche der unteren Nasenmuschel mit starken einzelnen Nerven bzw. schwächeren mehrfachen, in die Schleimhaut ein.

Die Nerven umspinnen die Gefässe (Arterien und Venen), das cavernöse Geflecht und die Drüsen. Sie lassen sich weiter verfolgen in stärkeren bzw. schwächeren mehrfach sich verzweigenden Aesten durch die Basalmembran hindurch in das Epithel, zwischen dessen Zellen aufsteigend, diese umspinnend. Ueber die letzten Endigungen der Nerven konnte noch nichts Sicheres eruirt werden. Teilweise sieht man Aehnliches, wie es Kallius beim Kalbe gefunden hat, nämlich, dass die feinen Fäserchen, kurz ehe sie die Oberfläche erreicht haben, umbiegen und dann bald, nach der basalen Seite der Epithelzellen hingewendet, aufhören.

Botella (Madrid): Betrachtungen über 54 Fälle von Fremdkörpern der Speiseröhre, der Trachea und der Bronchien.

Oesophagitis und Perioesophagitis, die bisweilen die Anwesenheit von Fremdkörpern begleiten, betrachtet B. nicht als Contraindication gegen die Anwendung der Oesophagoskopie, sondern nur als Grund mehr für ein möglichst vorsichtiges Vorgehen.

Bei Kindern hält er es nicht für richtig, die obere Tracheo-Bronchoskopie unter Allgemeinnarkose zu machen, wenn der Fremdkörper grosse Athembeschwerden verursacht.

Bei Fremdkörpern der Trachea und Bronchien hat er als fast constantes Symptom einen bellenden bronchialen Husten beobachtet; wenn die Anamnese für Aspiration eines Fremdkörpers spricht, jener Husten von dem Augenblick dieses Vorkommnisses an einsetzt, die Stimme dabei klar bleibt, so hält B. den Husten für ein pathognomonisches Zeichen, auch wenn andere Symptome seitens des Thorax fehlen.

B. bevorzugt die Schrötter'schen Rohre mit dem von ihm selbst angegebenen Conductor, zur Beleuchtung die Kirstein'sche oder Killian'sche Lampe.

Bei Allgemeinnarkose wendet B. am häufigsten die Rose'sche Lage an, sowohl für Oesophagoskopie, wie für Tracheo-Bronchoskopie, bei Localanästhesie die sitzende Stellung.

Bei Oesophagoskopie giebt B. kein Anästheticum, weder bei Kindern, noch Erwachsenen; Tracheo-Bronchoskopie bei Erwachsenen macht er mit 10proc. Cocain, bei Kindern in Chloroformnarkose ohne Cocain.

Guisez (Paris): Ueber einige Fortschritte in der Therapie der Krankheiten des Oesophagus, der Trachea und Bronchien und besonders in der Radiumbehandlung der Oesophaguscarcinome.

G. erinnert daran, dass er als einer der ersten die Aufmerksamkeit auf eine wenig bekannte und trotzdem häufige Form der Stenose gelenkt hat, indem er mehr als 150 Fälle von entzündlicher Verengerung des Oesophagus gesammelt hat. Diese Affectionen, die gewöhnlich als Spasmus oder Carcinom gedeutet werden, befallen mit Vorliebe die Cardia und den Oesophagusmund. Diese entzündlichen Stenosen sind die Folge einer chronischen Oesophagitis; G. unterscheidet zwei

Formen, die hypertrophirende und die fibrös-narbige. Diese Stenosen sind einerseits die Ursache der Divertikel des Hypopharynx, andererseits der idiopathischen supercardialen Dilatationen.

Die progressive forcirte Dilatation und besonders die circuläre Elektrolyse heilt diese Stenosen.

Von congenitalen Stenosen des Oesophagus hat G. 4 Fälle beobachtet; sie sind kenntlich an ihrem klappenartigen Aussehen; ihr Sitz ist stets derselbe nahe der Cardia. Bei drei seiner Patienten, von denen einer 19 Jahre alt war, war die Obliteration fast vollständig und die Nahrung bestand ausschliesslich aus Milch. Mittels der Oesophagoskopie gelang es, die Klappe zu durchtrennen und dem Pat. zu einer normalen Ernährung zu verhelfen.

G. hat ferner ein Angiom der Cardia ösophagoskopisch diagnosticirt und mittels Radiumapplication geheilt.

Bei 80 ausgewählten Patienten mit gutem Allgemeinzustand hat G. mit Hülfe einer Sonde Radium in Mengen von 0,05 bis 0,10 applicirt. Bei allen war eine unmittelbare Besserung zu constatiren, die Durchgängigkeit wurde grösser, das Schlucken leichter. Bei ungefähr einem Drittel der Fälle war diese Besserung nur von kurzer Dauer, bei den anderen hielt sie lange Zeit an. Bei 8 Patienten ist das Schlucken seit 3 Jahren fast normal geblieben, bei zweien $2^1/_2$ Jahre, bei einem $1^1/_2$ Jahre. G. hat bei mehreren von ihnen ösophagoskopisch feststellen können, dass das narbige Aussehen der erkrankten Partie ein gutes war.

Tracheoskopisch hat G. gewisse Missbildungen diagnosticiren können; so die Hernie der hinteren Oesophaguswand, die sich in die Trachea hineinwölbte, ferner congenitale Klappen, die durchtrennt werden konnten. In drei Fällen von endoskopisch diagnosticirtem primärem intratrachealem bezw. intrabronchialem Carcinom gelang es, durch Injection von Radiumsulfat-Lösung eine evidente Besserung herbeizuführen, die bei einem Patienten mehrere Monate lang anhielt.

Zum Schluss spricht G. über die unter Leitung des Spiegels direct durch die Glottis hindurch zu applicirenden intratrachealen Injectionen grosser Flüssigkeitsmengen bis zu 30 ccm z. B. Gomenol-, Guajacolöl etc. Er hat auf diese Weise Trachealozaena — durch Injection von Argentumlösung —, Asthma und Lungengangrän geheilt, von letzterer Krankheit 8 Patienten sehr schnell und vollständig.

Sitzung vom 8. August.

Gemeinsame Sitzung mit den Otologen.

Castex (Paris). Referat: Die Methoden und Resultate der Behandlung der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten mit Salvarsan und anderen arsenikhaltigen Mitteln.

Der erste Theil des Berichtes giebt die bekannten chemischen Eigenschaften der neuen arsenikhaltigen Syphilismittel (Alt-, Neu-Salvarsan, Hectin etc.) wieder. Im zweiten Abschnitt beschäftigt sich C. hauptsächlich mit der schädlichen Einwirkung dieser Mittel auf das Ohr. Wir übergehen diese otologische Seite des Berichts und führen nur die Schlussfolgerungen des Berichterstatters an:

1. Salvarsan und Neosalvarsan sind für die Ohren oft ohne Nutzen und bisweilen von Schaden, da es scheint, dass sie das syphilitische Virus im Nervensystem fixiren.

2. Im Falle, dass man bei demselben Patienten Quecksilber angewandt hat, hat sich dieses als wirksamer erwiesen.

3. Andererseits ist das Präparat 606 bei syphilitischen Affectionen der Nase, des Rachens und Kehlkopfs von Nutzen.

4. Das Atoxyl setzt den Patienten der Gefahr einer Neuritis aus, das Hectin erweist sich von geringem Nutzen.

Die Anwendung dieser Arsenpräparate hat für die Oto-Rhino-Laryngologie nur mässige Bedeutung.

Gerber (Königsberg). Berichterstatter: Dasselbe Thema.

Der zweite Berichterstatter ist im Gegensatz zu Castex ein begeisterter Anhänger der Salvarsantherapie. G. citirt aus der Literatur und aus seiner eigenen reichen Erfahrung eine grosse Anzahl von Fällen von Syphilis der Mundrachenhöhle, der Nase, des Larynx und der Trachea, wo sich die Anwendung von Salvarsan bezw. Neosalvarsan als vom grössten Nutzen erwiesen hat. Unter anderem geht G. des Näheren auf die stenosirenden Kehlkopfprocesse ein, die frischen, entzündlichen, gummösen und perichondritischen Processe, die die Glottis verlegen, und die aus jenen hervorgegangenen Narbenstenosen, denen gegenüber die Anwendung von Hg und Jod so oft versagte bezw. sich gefährlich erwies (Jododödem). Dafür dass auch hier das Salvarsan „ganz ungeahnte, zauberhafte Wirkungen“ hervorgebracht hat, führt G. zahlreiche Beispiele an, unter anderem einen Fall seiner Erfahrung, wo bei einer 63jährigen Frau der Larynx in einen Narbentrichter umgewandelt war und Pat. zur wahrscheinlich nothwendig werdenden Tracheotomie in die Klinik aufgenommen wurde. 4 Tage nach der Injection von 0,6 Salvarsan: Der ganze Narbentrichter verschwand, Glottis normal weit, ungehinderter Einblick in die Trachea.

Was die Wirkung von Salvarsan und Neosalvarsan auf locale Spirochätosen (in erster Linie Plaut-Vincent'sche Angina) und andere Erkrankungen der oberen Luftwege (Stomatitiden und Glossitis, Alveolarpyorrhoe etc.) anbelangt, so kommt G. zu dem Schluss: Auf die eigentlichen localen Spirochätosen wirkt Alt- und Neosalvarsan — sei es in intravenöser, sei es in localer Application — wie ein specifisches Mittel.

Einen grossen Raum in G.'s Ausführungen nimmt die Frage der Neurorecidive ein; auf Grund kritischer Sichtung des vorliegenden Materiales ist er der Ansicht, dass diese Nebenerscheinungen in letzter Zeit immer weniger geworden sind, seitdem wir die Fehlerquellen zu vermeiden gelernt haben.

Was die Technik der Salvarsantherapie anlangt, so empfiehlt G. die Anwendung von grossen Dosen 0,5 Salvarsan oder 0,6—0,9 Neosalvarsan in wöchentlichen Pausen viermal wiederholt. Dazwischen empfiehlt G. eine combinirte Hg-Behandlung. Selbstverständlich ist das nur ein Schema und kennt G. auch die Anwendung kleinerer Dosen im Anfang, wenn sogenannte relative Contraindicationen bestehen, wie Aneurysma, Nephritis, professionelle Störungen des

Ohres, Nervenleiden etc. G. schliesst seinen Bericht mit den Worten: Dass es (das Salvarsan) organ- und lebenrettend wirkt, das wissen wir (i. e. Oto-Rhino-Laryngologen)!

Discussion:

Die meisten Redner beschäftigen sich mit der Schädigung des Ohres, wie z. B. Alexander, Brühl, Maurice, Koenig, Segura.

Lieven (Aachen) bemerkt, dass Neurorecidive heute ganz fraglos häufiger, als in der Vorsalvarsanzeit beobachtet würden. Er hat in diesem Jahre bereits fünf Fälle von Neurorecidiven an Hirnnerven gesehen, allerdings nur bei anderweitig behandelten Kranken. L. meint, dass das Salvarsan an sich keine Neurorecidive mache, sondern nur das ziel- und überlegungslos angewandte Salvarsan.

Die von ihm beobachteten Fälle seien sämmtlich mit vereinzelten Dosen behandelt worden, die in langen Zwischenräumen ohne Unterstützung durch andere Antiluetica gegeben worden waren. Solche Einzelinjectionen wirkten provocatorisch, verwandelten den negativen in einen positiven Wassermann, und gäben Veranlassung zur Entstehung von localisirten, speziell Neurorecidiven.

L. meint, dass von dem Augenblicke an, wo die combinirte Behandlung der Frühluetiker mit Quecksilber und mehreren Salvarsaninjectionen Gemeingut der Aerzte werden würde, die Neurorecidive zu den seltenen Vorkommnissen gehören würden.

de Stella empfiehlt die Technik der massiven Injection mit der gewöhnlichen Pravazspritze, die das Instrumentarium auf ein Minimum herabsetzt und die Technik so erleichtert, dass sie jeder praktische Arzt ausführen kann. Er hat bei dieser Methode keine Nachtheile gesehen.

Woads berichtet über einen Fall von verstümmelnder Lues hereditaria, der durch 15 Jahre jeglicher Behandlung getrotzt hat und durch eine einzige Injection mit Salvarsan geheilt wurde.

Finder berichtet über einen Fall, einen 43jähr. Mann betreffend, der wegen einer malignen Lues schon zwei Curen einer combinirten Salvarsan- und Hg-Behandlung durchgemacht hatte. Wegen eines Recidivs im Rachen und Heiserkeit consultirte Patient wieder. F. sieht am Kehlkopf nichts, was seine Aufmerksamkeit besonders anzöge, nur wegen einer positiven Wassermann'schen Reaction räth er eine neuerliche Salvarsaninjection an. Zwei Tage nach der Injection tritt eine solche Dyspnoe auf, dass schleunigst tracheotomirt werden musste.

Dundas Grant hat in dubiösen Fällen zwischen Tuberculose und Lues die Tracheotomie ausgeführt und dann Salvarsan injicirt. Alle diese Fälle heilten nach Salvarsaninjection, so dass D. G. die Tracheotomie bedauert hat. In Zukunft will er auch zuvor Salvarsan injiciren und dann erst wenn nöthig tracheotomiren. Bei dieser Gelegenheit möchte D. G. aufmerksam machen, dass er in einigen Fällen, die starke Salvarsandosen bekommen haben, Nekrosen am Nasenboden constatirt hat. Eine Erklärung für diese Fälle kann er nicht angeben.

Mc Kenzie hat ganz ausgezeichnete Resultate mit dem Salvarsan bei Nasenlues, die jeder anderen Medication widerstand, gesehen. Jedoch ist er gar nicht enthusiastisch, was die Ohrenleiden anlangt.

Castex hält an seiner Meinung fest, dass die Salvarsantherapie nur mittelmässige therapeutische Bedeutung hat, und dass die schädlichen Wirkungen auf die Ohren sicher bewiesen sind. Vielleicht ist das Neosalvarsan weniger gefährlich.

Gerber warnt vor unzureichenden Dosen und empfiehlt als das beste prophylaktische Mittel gegen die Neurorecidive die Combinationsbehandlung mit Quecksilber.

Sargnon (Lyon): Ueber den gegenwärtigen Stand der Laryngostomie.

Der Autor setzt die geschichtliche Entwickelung der Laryngostomie seit 1912 fort. In Frankreich und in Italien sind die meisten Arbeiten erschienen. Was die Technik anlangt, empfiehlt S. die Naht in die Haut, bevor das Hinderniss angeschnitten wird, während der Periode der Gangrän räth er zur Dilatation mittels Gaze. Dadurch wird die Dauer der Behandlung herabgesetzt. Die knorpeligen Stenosen sind noch immer schwierig mittels der Laryngostomie zu behandeln. S. ist kein Freund der vorzeitigen Naht, er zieht eine mehr oder minder lange Ueberwachung nach Entfernung der Canüle vor. Um ein schnelles und vollständiges Resultat zu erzielen, spielt die Dilatation die Hauptrolle. S. verwendet zur Dilatation jetzt hauptsächlich Caoutchouc mit Umhüllung von Gaze und Gutta. Ausnahmsweise macht er die Dilatation ohne Canüle; gewöhnlich ist das Dilatationsmittel so an der Canüle befestigt, dass es fixirt bleibt.

Die Laryngostomie ist angezeigt bei den sehr engen endomucösen Narbenstenosen und auch bei Knorpelstenosen; auch bei den lupösen Stenosen hat sie einige Erfolge gehabt. Sie stellt die Methode der Wahl dar bei den anderen Behandlungen trotzenden recidivirenden Larynxpapillomen. Es existiren auch zwei Fälle von Heilung ösophago-trachealer Fisteln durch Laryngostomie. S. hat bisher 28 Fälle operirt; die Gesammtstatistik aller von ihm gesammelten bisher publicirten Fälle ergiebt 8—9 pCt. Mortalität; die Laryngostomie giebt 75 pCt. Heilungen.

Jobson Horne: Ueber einige Punkte in der Aetiologie und Diagnose der Pachydermia laryngis.

Am Nachmittage wurden folgende klinische Fälle vorgestellt:

Ch. Nurse (London): Zwei Fälle von Thyrotomie wegen Carcinoma laryngis.

St. Lowe (London): a) Zwei Fälle von Turbinectomia submucosa. Ausschneidung des Os turbinale mit Beibehaltung der Mucosa.

b) Dermoidcyste am Os frontale.

4jähr. Kind operirt. Cystensack war mit der Dura verwachsen.

c) Operation, um die inspiratorische Ansaugung der Nasenflügel zu beheben, mittels Ausschneidung der lateralen Nasenknorpel.

d) Fälle von Operation nach Ogston-Luc ohne Entstellung.

e) Osteomyelitis des Oberkiefers bei einem 11 Monat alten Kinde.

f) Struma aberrans am Zungengrunde.

Operation durch Spaltung der ganzen Zunge.

g) Kleinhirnabscess.

Atkinson (London): a) Pansinusitis, zuerst endonasal behandelt, dann nach Kilian definitiv geheilt. b) Doppelte Kieferhöhleneiterung anfangs nach Claoué, dann definitiv nach Caldwell-Luc operirt.

Mc Kenzie: a) Laryngektomie wegen Krebs. Tracheotomie 15 Tage vor der Kehlkopfexstirpation. b) Endotheliom des Siebbeins. c) Endotheliom des Gaumens und der seitlichen Pharynxwand. d) Tuberculineinspritzung gegen Ozaena. Resultate unentschieden.

(Fortsetzung und Schluss folgt.) Lautmann.

IV. Briefkasten.

Sitzung des Internationalen Comités für die Laryngo-Rhinologencongresse.

Am 6. August fand in London im Hause Sir St. Clair Thomson's eine Sitzung des Internationalen Comités statt. Anwesend waren die Herren: Belajeff, Broeckaert, Burger, Chiari, Finder, Hoffmann (Dresden), Harisson, Killian, Luc, Moure, Mygind, St. Clair Thomson, v. Uchermann, Watson Williams. Ferner war zugegen Herr Denker (Halle), der als Vorsitzender des Internationalen Comités für die Otologencongresse gebeten worden war, der Besprechung beizuwohnen, und Herr Kayser (Hamburg), der gekommen war, um die seitens der Hamburger Collegen ergangene Einladung für den nächsten Internationalen Laryngo-Rhinologencongress mündlich zu wiederholen.

Auf der Tagesordnung stand zunächst die Wahl eines Vorsitzenden; durch den Tod Bernhard Fränkel's war der Vorsitz vacant geworden. Es wurde Killian zum Präsidenten und Sir Clair Thomson zum Vicepräsidenten des Comités gewählt. Dem Unterzeichneten wurde auch fernerhin der Posten des Schriftführers übertragen.

Die Einladung der Hamburger Collegen, den nächsten Internationalen Laryngo-Rhinologencongress im Jahre 1915 in Hamburg abzuhalten, wurde einstimmig mit Dank angenommen; da, wie Herr Denker mittheilte, die Otologen gleichfalls beschlossen haben, ihren Congress 1915 in Hamburg abzuhalten, so ist damit die solange umstrittene Frage des nächsten Congressortes zur allgemeinen Zufriedenheit gelöst und es wurde beschlossen, dass zukünftig stets beide Congresse an demselben Orte in unmittelbarer zeitlicher Aufeinanderfolge abgehalten werden sollen. Beschlossen wurde ferner, an einem zwischen den beiden Congressen gelegenen Tage Themata rhinologischen Inhalts zu erledigen.

Als Referate für den nächsten Congress wurden bestimmt:

1. Die Pathogenese und Aetiologie der Ozaena.
2. Der Krebs des Kehlkopfs; seine Diagnose und Behandlung.
3. Pathogenese und Behandlung des Heufiebers.
4. Ueber die Anwendung der physikalischen Heilmittel bei der Localbehandlung der Kehlkopftuberculose und die Indicationen dazu.

Beschlossen wurde ferner, dass der Präsident des Hamburger Congresses von der Deutschen Laryngologischen Gesellschaft als der Repräsentantin der deutschen Fachgenossen gewählt werden solle.

Den Schluss der Tagesordnung bildete ein von Burger (Amsterdam) eingebrachter Antrag auf Annahme eines von ihm ausgearbeiteten Reglements für die Internationalen Laryngo-Rhinologencongresse. Wir lassen dieses Reglement in der Fassung, in der es angenommen wurde, hier folgen:

Règlement des Congrès Internationaux de Laryngo-Rhinologie.

Art. 1. Le Congrès international de laryngo-rhinologie s'assemble tous les quatre ans, dans l'intervalle des Congrès internationaux de médecine.

Art. 2. Le but des Congrès est exclusivement scientifique.

Art. 3. Sont membres du Congrès: a. les membres diplomés du corps médical qui en ont fait la demande et qui ont versé la cotisation à fixer dans le Règlement spécial de chaque Congrès; b. les savants présentés par les Sociétés de laryngo-rhinologie ou par le Comité exécutif et qui ont versé la même cotisation.

Art. 4. Il existe un Comité permanent, dont les attributions sont les suivantes: 1. Prendre des décisions d'ordre général relatives à l'organisation des Congrès, et servir d'arbitre en cas de difficultés; 2. Désigner le siège du prochain Congrès, en fixer la date et en approuver le Règlement spécial; 3. Faire le choix des sujets pour les Rapports à discuter au prochain Congrès et inviter les Rapporteurs; 4. Favoriser l'étude de questions de laryngo-rhinologie exigeant une collaboration internationale, et instituer des commissions chargées de les préparer ou de les élaborer.

Art. 5. Le Comité permanent se compose: 1. D'un délégué de chaque Etat où existent une ou plusieurs sociétés de laryngo-rhinologie qui versent une cotisation annuelle; 2. D'un second délégué des grand Etats, c.à.d.: l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, l'Espagne, les Etats Unis de l'Amérique, la France, la Grande Bretagne, l'Italie, la Russie; 3. D'un Secrétaire.

Art. 6. Le Président, le Vice-Président et le Secrétaire forment le Bureau du Comité.

Art. 7. Les délégués sont désignés par les sociétés de laryngo-rhinologie de leurs pays qui versent une cotisation annuelle.

Art. 8. Le Comité permanent se réunit dans les jours qui précèdent ou qui suivent le Congrès ou bien durant celui-ci. Dans cette réunion les membres du Bureau sont élus par la nouvelle période de quatre ans. Les membres sortants peuvent être réélus. La fonction des nouveaux membres du Bureau commence après la clôture du Congrès.

Art. 9. Hors de la réunion obligatoire de Comité se réunit toutes les fois et à l'endroit que le Président juge nécessaire.

Art. 10. Les décisions du Comité devront être prises à la majorité absolue des membres présents, et ceux-ci devront être au nombre de six, au moins. En cas d'égalité de votes la voix du Président est prépondérante. Cependant il est admis, aussi, que la consultation et le vote par correspondance peuvent remplacer les réunions.

Art. 11. Le français est la langue officielle du Comité permanent. Dans les réunions on pourra faire usage également de l'allemand et de l'anglais.

Art. 12. Le Secrétaire du Comité permanent, entre autres attributions, doit: 1. S'occuper de la correspondance du Comité et de celle du Bureau; 2. Avoir soin de la publicité du Comité; 3. Recevoir et distribuer les fonds du Comité; 4. Exécuter les instructions qui lui sont transmises par le Comité ou par le Bureau; 5. Assister le Secrétaire général du Congrès et lui fournir le meilleur concours possible.

Art. 13. Le compte du secrétaire est vérifié par le Bureau tous les quatre ans.

Art. 14. Pour couvrir les frais du Comité permanent et de l'organisation internationale de la laryngo-rhinologie les sociétés de laryngo-rhinologie payeront une cotisation annuelle de 20 francs, quand le nombre de leurs membres titulaires régionaux ne dépasse pas une centaine. Les sociétés qui comptent plus de cent membres payeront 30 francs par an.

Art. 15. Chaque Congrès est préparé par un Comité exécutif local ou national, avec le concours du Comité permanent.

Art. 16. Le Comité exécutif a les attributions suivantes: 1. Eveiller dans le pays même l'intérêt des autorités et des collègues pour le Congrès; 2. Composer

le règlement spécial du Congrès qui fonctionnera après l'approbation de la Commission permanente; 3. Recueillir les fonds nécessaires; 4. Préparer les locaux et l'assistance convenables, et disposer tout pour recevoir le Congrès; 5. Prendre soin des logements, des facilités de voyage, des réceptions etc.; 6. Composer le programme du Congrès et veiller à son exécution; 7. Présider aux séances et représenter le Congrès auprès des autorités; 8. Fixer l'ordre dans lequel les communications annoncées seront faites; 9. Assurer la publicité du Congrès et les relations avec la presse médicale; 10. Assurer la publication des comptes rendus.

Art. 17. L'allemand, l'anglais et le français sont les langues admises dans les travaux scientifiques du Congrès.

Art. 18. Au Congrès il n'y aura pas de Présidents d'honneur.

Art. 19. Les Rapports seront imprimés à temps et distribués un mois avant le Congrès à tous les membres inscrits et à toutes les sociétés de laryngo-rhinologie qui versent une cotisation annuelle.

Art. 20. Les Rapports déjà imprimés ne seront pas lus à l'assemblée. Cependant les Rapporteurs disposeront d'un temps maximum de quinze minutes pour résumer leurs Rapports.

Art. 21. Le Comité exécutif aura le droit de fixer l'ordre dans lequel les communications annoncées seront faites et ne sera pas guidé par la priorité de leur réception.

Art. 22. Le temps assigné ne dépassera pas quinze minutes pour une communication libre et cinq minutes pour les orateurs qui prendront part à la discussion, à moins que l'assemblée n'accorde une prolongation.

Art. 23. Les comptes rendus seront envoyés à tous les membres du Congrès et aux sociétés de laryngo-rhinologie qui versent une cotisation annuelle.

Finder.

---

85. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.

In den Tagen vom 21. bis 27. September d. J. tagte die 85. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte und zwar zum vierten Male seit ihrem Bestande in unserer Stadt und erfreute sich diesmal ganz besonders lebhafter Theilnahme — es überschritt die Theilnehmerzahl 7000! Schon beim Begrüssungsabend in den festlich geschmückten Räumen unserer Universität konnten wir Wiener Laryngologen eine stattliche Anzahl von Fachcollegen, vor Allem aus dem deutschen Reiche, begrüssen. Dementsprechend zählten wir auch in unseren Abtheilungssitzungen durchschnittlich über 60 Theilnehmer, gewiss ein Beweis für die Nothwendigkeit eigener rhino-laryngologischer Sectionen bei den Naturforscherversammlungen, welche Berechtigung bekanntlich von mancher Seite noch immer bezweifelt wird.

Der Einführende unserer Section, Hofrath Prof. O. Chiari (Wien), konnte nach Constituirung der Abtheilung und einem warm gehaltenen Nachruf der kürzlich verstorbenen Fachcollegen eine stattliche Versammlung begrüssen. Es waren u. A. gekommen: Killian, Paul Heymann, Gluck, Claus und Gutzmann (Berlin), Thost (Hamburg), Wiebe, Mann, Pässler (Dresden), Breitung (Coburg), Schönemann und Lindt (Bern), Kahler (Freiburg i. B.), Eichel (Dessau), Kümmel (Heidelberg), Littaur (Düren), Kügler (Schweidnitz), Perez und Ferereia (Argentinien), Gradenigo (Turin), G. Baer Zürich), Struycken (Breda), Demetriades (Athen), Popovici (Bukarest), Onodi und Safranek (Budapest), Friedel Pick, Frankenberger und Imhofer (Prag), Aronson (Nizza-Ems) und zahlreiche Laryngologen der verschiedenen Kronländer unserer Monarchie.

Die in 4 Sitzungen gehaltenen 2 Referate, 20 Vorträge und die Demonstrationen hatten meist lebhafte Discussionen im Gefolge; so besonders die Themen über die Larynxexstirpation, über die Erfolge der Bestrahlungstherapie, über die

chirurgische Behandlung der Larynxtuberculose und über die Resultate der Tonsillektomie; doch hierüber später ausführlich.

Viel Interessantes brachte die in der Universität etablirte Ausstellung unter dem Titel: Anwendung der Photographie in Naturwissenschaft und Medicin.

E. Friedmann und Reiffenstein (Wien) zeigten als neueste Errungenschaft auf photographischem Gebiete ihre nach einem neuen Verfahren hergestellten Aufnahmen, die ohne Beschauapparat in der Aufsicht stereoskopisch wirken. Für unsere Specialwissenschaft interessant war die von H. Dümler (Wien) zur Ansicht aufgestellte Collection von über 300 Stereoskopaufnahmen normaler und pathologisch anatomischer Präparate, sowie ein zerlegbarer Schädel, bei dem jeder einzelne Knochen auf einem separaten Stativ montirt und demonstrirbar ist, ebenso das Autochromtableau pathologisch anatomischer Präparate von Prof. Schlagenhaufer und Klunzinger (Wien).

Aus dem reichhaltigen Festprogramm möchte ich nur anführen die Festvorstellungen in den Hoftheatern, den Empfang bei Hof (3200 Theilnehmer), ein Festconcert unter Mitwirkung unserer ersten Kräfte, das Festmahl der Stadt Wien im Festsaale des Rathhauses (1500 Theilnehmer) und nicht in letzter Linie die Ausflüge in die herrliche Umgebung Wiens. Leider fehlte während der Congresswoche die alles erheiternde Sonne und leider konnten von der ganz enormen Theilnehmerzahl nur eine relativ geringe Zahl den diversen Festarrangements beiwohnen — beides Ereignisse, die bei vielen eine gewisse Verstimmung hervorriefen, gegen die aber Menschen beim besten Willen nicht ankämpfen können.

Wien, 27. September 1913. Hanszel.

Francesco Egidi †.

Am 11. Juli starb in Rom Prof. Francesco Egidi, einer der bekanntesten italienischen Laryngologen. Sein Verdienst ist es vor allem, dass er die Intubation in Italien eingeführt und für ihre Verbreitung in einer Anzahl von Publicationen gewirkt hat. Mit Massei zusammen hielt er auf dem ersten italienischen Pädiatercongress in Rom 1891 ein Referat über die Intubation, wodurch der erste Anstoss zur Verbreitung dieser Methode in seinem Vaterlande gegeben wurde.

Neue Zeitschrift für Phonetik.

Im Verlage von S. Karger, Berlin, erscheint ein von Prof. Katzenstein herausgegebenes „Archiv für experimentelle und klinische Phonetik“, das in zwanglosen Heften zur Ausgabe gelangen soll.

Druckfehlerberichtigung.

In dem in der vorigen Nummer enthaltenden Bericht über den „Französischen Congress für Oto-Rhino-Laryngologie zu Paris“ haben sich bedauerlicherweise einige Druckfehler eingeschlichen, die hier berichtigt seien:

Seite 482, Zeile 14 von unten: „acuten“ statt „anderen“.
Seite 484, Zeile 8 von oben: „Pautet“ statt „Paulet“.
Seite 485, Zeile 13 von unten: „Benvron“ statt „Benvern“.
Seite 486, Zeile 19 von unten: „5 mm“ statt „5 cm“.
Seite 488, Zeile 12 von oben: „Poyet“ statt „Foyet“.

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Nettelbeckstr. 17.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIX. Berlin, November. 1913. No. 11.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) Gunnar Holmgren. **Bericht über die Thätigkeit an der Abtheilung für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten des Krankenhauses Sabbatsberg im Jahre 1912. (Arsberättelse för 1912 frau Sabbatsbergs öronafdelning.)** *Oto-laryngologiska meddelanden. Bd. 1. No. 3. Sept. 1913.*

751 Patienten wurden im Jahre 1912 aufgenommen; von diesen starben 19. 1118 Operationen wurden gemacht und zwar 855 an aufgenommenen, 263 an ambulanten Patienten. Sämmtliche Todesfälle sind mit vollständigen Krankenberichten und Epikrisen versehen. Der Bericht enthält daneben vollständige Tabellen und officielle Schemata über das Material.

STANGENBERG.

2) **Alfred Denker** (Halle a. S.). **Wird in Deutschland der praktische Arzt in genügender Weise in der Oto-Rhino-Laryngologie ausgebildet?** *Münchener med. Wochenschr. No. 29. 1913.*

In sachlich schlagender Beweisführung kommt Autor zu dem Schlusse, obige Frage zu verneinen. Als Hauptgrund für diese Verneinung ist die Thatsache anzusprechen, dass im Examen diese Fächer nicht durch den Fachvertreter geprüft werden, sondern durch den Chirurgen, bzw. Internisten, die vielfach den Candidaten in diesen Disciplinen überhaupt nicht prüfen. Denker wird sicher die Zustimmung nicht nur aller Fachcollegen, sondern jedes objectiv urtheilenden Arztes finden, wenn er die Forderung aufstellt, dass im Interesse einer besseren Ausbildung des praktischen Arztes und vor Allem im Interesse der Volksgesundheit die Prüfung in dem Gebiete der Erkrankungen des Ohres und der oberen Luftwege in die Hand des Fachvertreters gelegt werden muss. Wenn Denker den Satz aufstellt: „An den Universitäten, wo die Lehraufträge für Ohrenheilkunde und für Nasen- und Kehlkopfheilkunde getrennt sind, prüft der Laryngologe abwechselnd mit dem Otologen in beiden Fächern", so geschieht dies wohl aus praktischen

Gesichtspunkten, vielleicht auch aus taktischen Gründen; hierbei dürfte er jedoch von den Anhängern getrennter Lehraufträge für beide grosse Disciplinen an den Hochschulen sicher Widerspruch erfahren, da vielfach mutatis mutandis die Verhältnisse die gleichen sein werden, wie wenn Chirurgen oder Internisten das eine oder andere Fach prüfen, wenn auch der Student, da er voraussichtlich nicht weiss, von welchem Fachvertreter er geprüft wird, sich auf beide Fächer vorbereiten muss. Die heutige Bedeutung beider Fächer dürfte in diesen Fällen je eine gesonderte Prüfung durch beide Fachvertreter als gerechtfertigt und nothwendig erscheinen lassen. Principiis obsta! HECHT.

3) **Virginious Dabney. Zusammenhang zwischen Geschlechtsapparat und Hals, Nase und Ohr. (Connection of the sexual apparatus with the ear, nose and throat.)** *New York medical journal. 15. März 1913.*

Verf. sucht an einer Anzahl von Fällen darzulegen, dass sehr häufig das sexuelle Element zu functionellen Störungen in Nase und Ohr beitrage, oder sie sogar auslöse. EMIL MAYER.

4) **A. Giannone. Ueber die Antheilnahme der Plasmazellen bei pathologischen Processen auf dem Gebiete der Oto-Rhino-Laryngologie. (Sulla partecipazione delle plasmacellule ai processi patologici nel campe della oto-rino-laringologia.)** *Atti della Società lombarda di scienze mediche e biologiche. Vol. II. Fasc. 2.*

Nach der von Unna, Marschalko und Pappenheim angegebenen Technik untersuchte Verf. zahlreiche Nasen- und Ohrpolypen, adenoide Vegetationen, benigne Nasen- und Rachentumoren, Muschelhypertrophien, Kehlkopfpolypen usw. Er fand am meisten Plasmazellen in den Granulomen, den zweiten Rang nahmen die adenoiden Vegetationen ein, dann folgten die Nasenpolypen, die gutartigen Nasen- und Kehlkopftumoren (Fibrome, Papillome). Mehr umschrieben traten die Plasmazellen in den Muschelhypertrophien auf, weniger häufig fanden sie sich bei langsam verlaufenden tuberculösen Processen, gar nicht in leprösem Gewebe. Es bestand keine Beziehung zwischen der exsudativen Leukocyteninfiltration und dem Befund an Plasmazellen.

Die Plasmazellen sind vorwiegend um die Gefässe vertheilt. Verf. beschreibt auch zwei regressive Stadien, die sich an den Plasmazellen fanden. CALAMIDA.

5) **Clement F. Theissen. Pneumokokkeninfectionen von Nase und Hals. (Pneumococcus infections of the nose and throat.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. März 1913.*

In den vom Verf. mitgetheilten Fällen war starkes Oedem vorhanden; auffallend war das Fehlen jeder Eiterung, in keinem Fall wurde bei der Incision Eiter gefunden. EMIL MAYER.

6) **Sedziak. Gutartige Neubildungen im oberen Respirationsabschnitt und in den Ohren. (Nowotwory tagodne w górnych droguch oddechowych oraz w uszach.)** *Przegl. lek. No. 15–18. 1913.*

Nach einem historischen Rückblick über die gutartigen Neubildungen im

oberen Respirationstractus bespricht Verf. speciell die gutartigen Nasenneubildungen. Auf Grund eigener anatomo-pathologischer Forschungen ist der Verf. zu folgender Classification geneigt: 1. Fibroma molle, 2. Fibroma durum, 3. Papilloma, 4. Adenofibroma, 5. Fibroma cysticum, 6. Fibroma angiomatodes. Als sehr selten betrachtet er Chondroma, Osteoma, Lymphoma nasi, sowie auch Lipoma und Atheroma. Schliesslich bespricht der Verf. die Symptome dieses Leidens, dessen Verlauf, Complicationen, Prognose, wie auch die chirurgische Behandlung.

v. SOKOLOWSKI.

7) **Hans Hahn. Ueber die erfolgreiche Behandlung von hämophilen Blutungen mittels des Thermokauters.** Aus der Univ.-Kinderklinik in Heidelberg (Director: Prof. Moro). *Münchener med. Wochenschr. No. 18. 1913.*

Autor empfiehlt als eines der erfolgreichsten Mittel zur Behandlung von Schleimhaut- und Weichtheilblutungen auf hämophiler Grundlage die Kauterisation mit dem Thermokauter und führt zwei einschlägige Fälle zur Illustration an, bei denen alle angewandten Mittel versagten, und erst der Thermokauter die Blutung endgültig zum Stehen brachte.

HECHT.

8) **Willy Meyer** (Hagen). **Ueber die erfolgreiche Behandlung von hämophilen Blutungen mittels des Thermokauters.** Ein Beitrag zu dem Aufsatz von Dr. Hans Hahn in No. 18 der Münchener med. Wochenschr. *Münchener med. Wochenschr. No. 28. 1913.*

Alle angewandten Mittel, die nach Extraction eines cariösen Zahnes aufgetretene Blutung zu stillen, versagten; der Thermokauter brachte die Blutung rasch zum Stehen. Nachträglich wurde Hämophilie festgestellt.

HECHT.

9) **V. Grazzi. Behandlung einiger Erkrankungen der oberen Luftwege mit Seewasser. (Cura di alcune malattie delle prime vie respiratorie con' aqua marina.)** *Atti della Soc. Italiana per il Progresso delle scienze. 1913.*

Verf. bespricht zuerst die chemischen Componenten des Seewassers, von denen das Chlornatrium und die Jodsalze für den therapeutischen Effekt am meisten in Betracht kommen; sie wirken speciell auf die Epithelien, indem sie die Abstossung des alten und die Bildung neuer begünstigen. Er bespricht dann die Anwendung des Seewassers in Form von Douchen und Zerstäubungen bei Nasenkrankheiten, sowie die Dosirung des Meerwassers; ferner die Vorrichtungen für Inhalationen, Zerstäubungen, Verneblungen bei Rachen-, Kehlkopf-, Luftröhren- und Lungenkrankheiten.

CALAMIDA.

10) **Wettendorf. Seeluft und Athemgymnastik. (La cure maritime et la gymnastique respiratoire.)** *Société belge de physiothérapie. 25. Mai 1913.*

Rhinitis und Ozaena werden durch Seeluft mit gleichzeitiger Athemgymnastik sehr günstig beeinflusst; desgleichen Emphysem, verschiedene Formen von Asthma, Tracheitis, Tracheo-Bronchitis, Heuschnupfen.

PARMENTIER.

11) Kuhn. **Die erste Hülfe bei Asphyxien mittels director Einblasung von Luft.** Mit 7 Abb. Hospital Hauptstrasse, Berlin-Schöneberg (Director: Dr. Kuhn). *Münchener med. Wochenschr. No. 12. 1913.*

Neben der bisher üblichen künstlichen Athmung empfiehlt Verf. die „Ventilation" der Lungen durch Einführung eines Katheters tief in die Luftröhre und directe Einblasung von Luft mittels eines Doppelgebläses oder — falls vorhanden — durch Anschluss des Katheters an eine Sauerstoffbombe. Instrumentarium und Technik sind eingehend beschrieben und durch 7 instructive Illustrationen erläutert.

HECHT.

12) L. Grünwald. **Ein einfaches Verfahren der tracheo-bronchialen Injection zur Asthmabehandlung.** *Münchener med. Wochenschr. No. 25. 1913.*

Viel einfacher, wie die Methoden von Novotny und Ephraim und gleich erfolgreich ist die directe Injection des Medicamentes in die Trachea mit der gewöhnlichen Kehlkopfspritze. Bei sehr empfindlichen Pat. schickt Verf. eine Bespülung des Kehlkopfeinganges, wohl auch des Rachens mit 20proc. Alypinlösung (event. auch 10proc. Novocain) mit der Spritze voraus. In der Mehrzahl der Fälle gelingt die unmittelbare Einführung der Spritze in den Kehlkopf, mindestens oberhalb der Glottis, leicht. „Tritt, wie gewöhnlich, Stimmritzenverschluss oder Husten ein, so wartet man auf das nachfolgende krampfhafte Inspiriren und benutzt dessen ersten Moment, um die Einspritzung kräftig in die Tiefe zu lenken; im selben Augenblick gebietet man, während die Instrumente selbstverständlich rasch zurückgezogen werden, Loslassung der Zange und Unterdrückung des Hustens, fordert sogar auf, womöglich noch mehr tief zu athmen. Das gelingt meistens." Jedenfalls gelangt so viel von der Injectionsflüssigkeit in die Tiefe, dass subjectiv und objectiv die Wirkung sich bemerkbar macht, und zwar sowohl als augenblickliche, wie auch als Dauerwirkung. Hieraus ergiebt sich die Gleichwerthigkeit dieses Verfahrens mit den anderen complicirteren. Wirksam ist die Injectionsmethode bei Zuschwellungen im Bronchialbaum, wie bei der Mehrzahl asthmatischer oder asthmoider Zustände auf Grund latenter oder manifester Bronchitis. Unwirksam ist die Methode bei reflectorischen (meist nasalen) Athemstörungen und bei Einwirkungen allgemeiner Art (Heufieber). Verf. verwendet zur Einspritzung ca. 1 ccm der mit destillirtem Wasser auf $^1/_{10}$ pM. verdünnten vorräthigen Suprareninlösung, eventuell, bei Reizzuständen, zu gleichen Theilen mit: Novocain 0,3, Natr. chlor. 0,08, Aq. dest. ad 10,0 (Ephraim). 1—2 Einspritzungen genügten gewöhnlich zur mitunter auf mehrere Monate vorhaltenden, wenn nicht dauernden Beseitigung der hauptsächlichsten (beängstigenden), wenn nicht aller Beschwerden. Diese Erfolge beweisen, dass es sich nicht, wie die Bronchoskopiker meinen, um den heilenden Effect mechanischer Reizung am Bronchialbaum handelt, sondern um Anämisirung, resp. Anästhesirung.

HECHT.

13) Georges Rosenthal. **Tracheofistulisation, methodische Behandlung der schweren, fötiden und tuberkulösen broncho-pulmonären Infectionen. (Tracheofistulisation, traitement méthodique des infections broncho-pulmonaires, graves, fétides et tuberculeuses.)** *Société de médecine de Paris. 9. Mai 1913.*

Die Methode besteht darin, dass mittels einer in Localanästhesie ausgeführten

„Tracheotomie en miniature" eine Canüle eingeführt wird, die dieselbe Länge und Krümmung hat, wie eine gewöhnliche Tracheotomiecanüle, deren Lumen aber auf ein Minimum reducirt ist. Die „Tracho-Fistulisation" unterscheidet sich von der Tracheotomie wesentlich dadurch, dass der Weg für die Excretion der Lungen-, Luftröhre- und Rachenabsonderungen nicht abgeschlossen wird und dabei die transcutane intratracheale Einführung von Medicamenten ermöglicht ist. Mittels des Verfahrens soll es möglich sein, bisher nicht mögliche Dosen von Medicamenten in die Lungen einzuführen.

GONTIER DE LA ROCHE.

14) **Christen** (Bern). **Das Inhaliren.** *Verlag Stolze & Pahl, Dresden.*

In der kleinen, offenbar für Laien bestimmten Schrift wird ein kleiner, zum Inhaliren von Dampf, event. mit Zusatz von Oelen, construirter einfacher Apparat beschrieben, den Verf. „Aspirator" nennt.

FINDER.

15) **Fritz Demmer. Demonstration eines Medicamentenverneblers zu Inhalationszwecken.** K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 20. December 1912. *Wiener klin. Wochenschr. No. 1. 1913.*

Der Apparat besteht aus einem Glasrecipienten. Durch einen engen, auf die Spitze gestellten, kegelmantelähnlichen Spalt strömt Sauerstoff aus, die zu zerstäubende Flüssigkeit hebt sich durch Capillarität aus einem Ebonitstück bis zum Spaltniveau und wird hier äusserst fein zerstäubt. Besonders bewährt haben sich Adrenalinzerstäubung, und zwar 15 Tropfen Adrenalin auf 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung.

O. CHIARI.

16) **Albert Fraenkel** (Badenweiler-Heidelberg). **Ueber hustenstillende Mittel und über ein neues Codeïnpräparat.** *Münchener med. Wochenschr. No. 10. 1913.*

Verf. prüfte ein in Bälde von der Firma Knoll & Cie. in Pulver- und Tablettenform herausgegebenes neues Präparat der Codeïngruppe, das „Paracodin", bei einer Reihe von Kranken und begrüsst in demselben ein Mittel, welches das Codeïn in vielen Fällen in vortheilhafter Abwechselung ersetzen kann und ihm in manchen Fällen überlegen ist. Als Normaldosis verwendet man etwa 3mal täglich 0,025 g des weinsauren Salzes. „Das Paracodin ist also doppelt so wirksam, als das Codeïn und wirkt in der halben Dosis rascher und nachhaltiger, als dieses." Störende Nebenwirkungen zeigten sich nach Paracodin ebenso selten, wie nach Codeïn. Es verstopft nicht, dagegen zeigt es eine leicht narkotische Wirkung, die als rasch vorübergehende Schläfrigkeit von den Patienten nicht als störend empfunden wurde.

HECHT.

17) **F. Dornheim** (Leipzig). **Erfahrungen mit Noviform in der Oto-Rhinologie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. 1912.*

Empfehlung des Mittels als eines „geruchlosen, desodorirenden, secretionsbeschränkenden, austrocknenden, local unschädlichen, ungiftigen Wundantisepticums."

ZARNIKO.

b) Nase und Nasenrachenraum.

18) **J. Christ** (Wiesbaden). **Nase und Ohr bei angeborenem Mangel der Schweissdrüsen. Ein Beitrag zur Ozaenafrage.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 391. 1913.*

In der Literatur sind bis heute 5 Fälle von angeborenem Fehlen der Schweissdrüsen bekannt. Bei 3 der 5 Fälle sind gleichzeitig Veränderungen an der Ohrmuschelform und bei 4 Ozaena constatirt worden. Dieses auffallende Zusammentreffen der Rhinitis atrophicans mit congenitalem Defect des Ektoderms führt nun Verf. dazu, auf die Aetiologie der Ozaena näher einzugehen; er schliesst sich nach längeren theoretischen Ausführungen denjenigen Autoren an, welche die Ozaena als eine trophoneurotische Störung betrachten. Verf. vermuthet, dass hauptsächlich durch Störungen der inneren Secretion es zu einer Anhäufung von toxischen Stoffen komme, die dann auf dem Wege des Sympathicus die trophischen Störungen in der Nase bedingen.

OPPIKOFER.

19) **Louis Jacobs. Die erfolgreiche Behandlung der atrophischen Rhinitis und Ozaena; ein neues Mittel. (The succesful treatment of atrophic rhinitis and ozena; a new remedy.)** *New York medical journal. 31. Mai 1913.*

Die vom Verf. vorgeschlagene Behandlung besteht darin, dass nach vorhergehender Ausspraynng der Nase und Entfernung der Borken eine Suspension von Scharlachroth in Mucilago Acaciae kräftig in die Schleimhaut eingerieben wird. Die Suspension bleibt ungefähr 2 Tage lang haften; die Behandlung muss daher alle 2—3 Tage wiederholt werden. Bei zunehmender Besserung können die Intervalle länger genommen werden. Einigen Patienten wurde das Scharlachroth in in 1 proc. Suspension in weissem Oel zum häuslichen Gebrauch als täglich 1 mal anzuwendender Spray gegeben. Schon nach 2—3 wöchiger Behandlung sah Verf., dass regenerative Veränderungen an der Schleimhaut auftraten, bald wurde der Fötor geringer und liess bisweilen ganz nach, die Borkenbildung nahm ab, sie wurden weicher und konnten leicht entfernt werden.

EMIL MAYER.

20) **Oller** (Barcelona). **Ueber eine neue Behandlung der Ozaena. (Sobre un nuevo tratamiento de la ozena.)** *Revista espanola de laringologia. März/April 1913.*

Die Behandlung besteht in directer Application von comprimirtem Sauerstoff auf die Schleimhaut der Nasenhöhlen; Verf. ist mit den erlangten Resultaten sehr zufrieden.

TAPIA.

21) **S. Oppenheimer. Erkrankungen der Nasennebenhöhlen. (Disease of the nasal accessory cavities.)** *New York medical journal. 15. März 1913.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Bei chronischen Veränderungen an den Knochen und activen Symptomen seitens der Augen oder endocraniellen Complicationen ist die Radicaloperation geboten; bei combinirter Stirnhöhlen- und Siebbeineiterung mit mehr oder minder polypoïder Degeneration der mittleren Muschel kann allein radicale Operation von aussen einen dauernden Erfolg garantiren. Wenn bei Stirnhöhlen- und Antrumempyem Grund zu der Annahme ist, dass Septa oder unregelmässige Theilungen innerhalb der Sinus vorhanden sind, so

giebt nur die breite Eröffnung von aussen ein befriedigendes Resultat. Ist jedoch freier Abfluss vorhanden und ist die allgemeine Gesundheit nicht beeinträchtigt, klagt der Pat. nur über gelegentliche Kopfschmerzen und kann er unter Beobachtung gehalten werden, dann wiegt das Risico der Radicaloperation nicht die Vortheile auf. Anzustreben ist die völlige Verödung der Höhle. EMIL MAYER.

22) **Hegener** (Hamburg). **Apparat zur Herstellung von Stereoröntgenogrammen des Kopfes.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 24. 1912.*

Es ist vor Allem Rücksicht auf die Bequemlichkeit der Patienten, Schnelligkeit und Sicherheit der Aufnahme genommen. Demonstration einer so gewonnenen Aufnahme von einem Patienten mit chronischem Stirn- und Siebbeinempyem. Stirnhöhle gross aber nicht pathologisch verändert, Siebbein, Kieferhöhle plastisch sichtbar. Prognose trotz heftiger Schmerzen günstig. Endonasale Therapie führte in 10 Tagen zur Heilung. ZARNIKO.

23) **F. Rivero** (Porto Rico). **Betrachtungen über einen Fall von linksseitiger Pansinusitis. (Consideraciones acerca de un caso de pan-piosinusitis perinasal del lado izquierdo.)** *Anales medicos de Puerto-Rico. März 1912.*

Verf. combinirte in seinem Fall das Verfahren Killian's mit dem von Jansen und Jacques. Nach Ausräumung des Siebbeinlabyrinths, nach Resection des aufsteigenden Oberkieferastes hatte er einen leichten Zugang zur Keilbeinhöhle. Das Resultat war ausgezeichnet und ist noch nach 3 Jahren dauernd. TAPIA.

24) **Nils Witt. Einige Worte über die Complicationen der Nebenhöhlenempyeme speciell bei Scarlatina nebst einem casuistischen Beitrag. (Nagra ord om bitrale empyemens komplikationer, specient vid scarlatina jamte en kasuistiskt bidrag.)** *Oto-laryngologiska meddelanden. Bd. 1. No. 3. Sept. 1913.*

Im Anschluss an einen Fall von acuter Scarlatinaethmoiditis mit Orbital- und Gehirnabscess bei einem 4jährigen Mädchen — ein vollständiger Kranken- und Sectionsbericht ist beigefügt — hat Verf. eine literarische Studie über diese Frage gemacht. STANGENBERG.

25) **N. L. Gerlach** (Assen). **Fall von Pansinusitis mit Dacryocystitis und Neuritis Nervi optici, pathologisch-anatomisch untersucht.** *Ned. Tijdschr. vor Geneesk. Bd. 1. No. 12. S. 678. 1913.*

Die 40jährige Patientin starb an Sepsis. Am rechten Auge starke Conjunctivitis und Keratitis. Bei der Section fand man eine Bronchopneumonie und Entzündung aller Nasennebenhöhlen. An mikroskopischen Schnitten sieht man, wie die Entzündung der Nasenschleimhaut continuirlich sich auf die Schleimhaut des Thränennasenganges und zum Auge fortsetzt. Die Wand zwischen Keilbeinhöhle und Canalis opticus ist sehr dünn. Die Subdural- und Subarachnoidalräume des Opticus sind gerade nach der Seite der Keilbeinhöhle mit jungem Bindegewebe und Infiltrat gefüllt. Erscheint ausführlicher in Graefe's Archiv.

VAN GILSE.

26) **Arvid Hoegyström. Das Verhältniss zwischen Empyem der Nebenhöhlen der Nase und entzündlichen Processen der Orbita nebst einem casuistischen Beitrag. (Nagot om förhallandet mellan empyem i nasans bihalor och inflammatoriska Processer i orbita med en kasuistiskt bidrag.)** *Oto-laryngologiska meddelanden. Bd. 1. H. 3. Sept. 1913.*

Verf. will hier eine Uebersicht über diese Frage geben und hat die Literatur der 4 letzten Jahre seiner Darstellung zu Grunde gelegt. Selbst hat er Gelegenheit gehabt, einen Fall — eine 22 jährige Frau — von Nebenhöhlenempyem, Orbitalabscess und Pyämie zu verfolgen; eine vollständige Krankengeschichte nebst Sectionsbericht ist beigefügt. STANGENBERG.

27) **Brückner** (Berlin). **Pathologische Beziehungen zwischen Nase und Auge.** *Med. Klinik. No. 36. 1913.*

Aus einer weiteren Darstellung über die Beziehungen zwischen Nase und Auge (s. d. Centralbl., 1912, S. 331) mag das eine hervorgehoben sein, dass der Verf. den grössten Werth auf das Zusammenarbeiten von Ophthalmologen und Rhinologen legt. Je nach dem Ausfall der rhinologischen und ophthalmologischen Untersuchung wird die Behandlung entweder zunächst allein von dem Rhinologen oder von dem Ophthalmologen übernommen oder beide arbeiten sogleich Hand in Hand. Nur durch gemeinschaftliche Berathung und Behandlung wird dem Kranken wirklich und dauernd genützt. Auch der praktische Arzt soll sich auf diesen Gebieten möglichst auf dem Laufenden erhalten. SEIFERT.

28) **Alfred Kantorowicz. Ein Fall von Kieferaktinomykose odontogenen Ursprungs.** Mit 4 Abb. Aus dem kgl. zahnärztl. Universitätsinstitut zu München, Conservirende Abtheilung (Prof. Dr. Walkhoff). *Münchener med. Wochenschr. No. 35. 1913.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines einschlägigen Falles, bei dem anamnestisch, klinisch und culturell die odontogene Infection der Kieferaktinomykose sichergestellt wurde. Des Ferneren zeigte der Fall, dass die Actinomycesdrusen eine überraschend lange Zeit im Wurzelcanal lebend und virulent bleiben können, dass thatsächlich der Beginn der Aktinomykose unter dem Bilde der chronisch granulirenden Periodontitis verläuft, und dass es gelingt, in consequenter Verfolgung der Bartsch'schen Idee, die veranlassenden Zähne, wenn dies sonst indicirt ist, zu erhalten. HECHT.

29) **Villard** und **Santy** (Lyon). **Sarkomatöse Epulis des Oberkiefers, die secundär tuberculös wird. (Epulis sarcomateuse du maxillaire supérieur secondairement tuberculisée.)** *Lyon médical. 11. Mai 1913.*

58 jähriger Patient mit Lungentuberculose. Verf. macht darauf aufmerksam, wie selten ein gleichzeitiges Vorkommen von Tuberculose und maligner Neubildung sei, besonders hier, wo — ausnahmsweise bei einem älteren Mann — es sich nicht um Carcinom, sondern um Riesenzellensarkom handelt. GONTIER DE LA ROCHE.

30) **H. Halke** (Berlin). **Erwiderung auf Prof. Gerber's Bemerkungen.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 6. S. 205. 1913.*

Verf. wehrt sich gegen den Vorwurf von Gerber, die Arbeiten aus der Gerber'schen Klinik nicht berücksichtigt zu haben.

OPPIKOFER.

31) **Gerber** (Königsberg). **Haike's Erwiderung auf meine Notiz: „Zur Literatur der Kiefercysten."** *Beiträge zur Anat., Physiol.. Pathol. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 6. S. 410. 1913.*

G. wendet sich gleich wie Haike gegen den Vorwurf literarischer Unachtsamkeit.

OPPIKOFER.

32) **F. M. Bowen. Zwei Fälle von Luftembolie nach Probepunction der Highmorshöhle. (Two cases of air embolus following exploratory puncture of the antrum of Highmore.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. März 1913.*

Fall I. Weibliche Patientin. Nach vorausgegangener Anästhesirung des unteren Nasenganges mit 20proc. Cocainlösung wurde die Probepunction gemacht, die wegen der ungewöhnlichen Dicke des Knochens sehr schwierig war. Nachdem zwei vergebliche Versuche, den Knochen zu durchbohren, gemacht waren, wurde Pat. während des dritten Versuches ohne jedes vorausgehende Symptom rigide und cyanotisch; einen Augenblick später traten convulsivische Zuckungen in den Extremitäten auf und stertoröses Athmen. Pat. blieb 72 Stunden bewusstlos; erst am Abend des 5. Tages kam sie zur Besinnung. Am Abend des Tages, an dem der Zufall passirte, betrug Temperatur 38,4°, Puls 75, Athmung 20. Die Temperatur blieb bis zum 3. Tag um 38°. Am ersten Abend erfolgte Erbrechen, ebenso am Abend des 3. Tages. Es bestand profuser Schweiss, besonders Nachts und fast constant Muskelzucken. Während des 4. Tages war unwillkürlicher Harnabgang und während der klaren Periode an demselben Abend klagte sie über Schmerzen im Leib; ferner trat während des 4. Tages eine partielle Lähmung des linken Armes auf. Am 5. Tage konnte Pat. im Bett aufsitzen; am 7. wurde sie entlassen.

Fall II. 24jähr. Mann. Vor einem Monat beiderseitige Resection der unteren Muschel wegen Hyperplasie. Wegen Verdacht auf Antrumempyem Probepunction. Cocainisirung der unteren Nasengänge mit 20proc. Cocainlösung. Ausspülung der rechten Höhle mit negativem Resultat. Bei Punction der linken Seite wurde Pat. rigid, verdrehte die Augen, tiefe Cyanose und leichte Muskelzuckungen. Pat. wurde hingelegt, machte ein paar schnappende Athemzüge; nach ca. 3 Minuten war nur noch wenig Leben in ihm zu spüren. Subcutane Injectionen von Strychnin, Adrenalin, Whisky, künstliche Athmung. Nach ca. 20 Minuten liess die Cyanose etwas nach und man hielt die Gefahr für beseitigt, jedoch in einigen Minuten trat plötzlich der Tod ein, ca. 1 Stunde nach der Punction.

Section: Nach Entfernung des Sternums wölbt sich das Pericard vor; bei Incision in die Pulmonalarterie erfolgte ein scharfer, zischender Laut von entweichender Luft und das ausgedehnte Herz collabirte. Die Todesursache war damit klar. Am interessantesten war der Befund des Antrums. Die Punctionsöffnung

war leicht zu finden; als die Vorderwand entfernt war, sah man, dass die Schleimhaut am Höhlendach, mit Ausnahme einer kleinen Partie, sowie an der medialen und lateralen Wand abgelöst war. Die Schleimhaut der oberen Wand hing etwas nach unten und zeigte eine kleine Stichstelle. Der Knochen des Höhlendachs und der Hinterwand zeigten keinerlei Stich, so dass also die Nadel nicht hinter die Höhle gedrungen war.

Die Untersuchung des Siebbeins und Keilbeins ergab keine vergrösserten oder abnorm verlaufenden Gefässe; im Antrum war nicht das geringste Zeichen einer Blutung.

EMIL MAYER.

33) **O. Levinstein** (Berlin). **Zur intranasalen Eröffnung der Oberkieferhöhle.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 421. 1913.*

Verf. empfiehlt als conservatives Verfahren der Kieferhöhleneröffnung die Eröffnung vom unteren Nasengange aus. Doch soll die Knochenöffnung nicht transmucös, sondern submucös angelegt werden.

Die Eröffnung der Kieferhöhle vom unteren Nasengange aus auf submucösem Wege ist bereits von verschiedener Seite angegeben worden. Doch entfernen diese Autoren, was Verf. nicht wünscht, entweder den vorderen Theil der unteren Muschel oder wie Sturmann den knöchernen Rand der Apertura pyriformis und ausserdem noch einen Theil der facialen Kieferhöhlenwand. Verf. curettirt bei dem intranasalen Verfahren der Kieferhöhleneröffnung die Kieferhöhlenschleimhaut nicht und legt keinen Schleimhautlappen in die Kieferhöhle ein.

OPPIKOFER.

34) **Béal. Die Spülung des Cavums. (Le lavage du cavum pharyngien.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 4. 1913.*

Die gesammte bekannte Hydrotherapie der Nase wird besprochen. Um das Rachendach zu spülen und die daselbst befindlichen Secretmassen auch zu entfernen, giebt es für Béal nur ein Mittel: das ist die retronasale Douche, entweder mit der Canüle von Bosviel, die durch die Nase eingeführt wird, oder der Canüle von Moure und Vacher, die durch den Mund in das Cavum eingeführt wird. Nichtsdestoweniger empfiehlt er aus Bequemlichkeitsgründen das gewöhnliche Nasenrachenbad nach der Fränkel'schen Methode, nur verwendet er statt des Nasenschiffchens eine andere Canüle.

LAUTMANN.

35) **Charles A. Adair Dighton. Der Nasenrachen in Beziehung zu den Ohrerkrankungen. (The nasopharynx in relation to diseases of the ear.)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. December 1912.*

Applicationen von Silbernitrat oder Argyrol, Protargol auf das Ostium pharyngeum tubae genügen, um jeden Fall von acuter Salpingitis, die nicht von nachweisbaren pathologischen Veränderungen abhängt, zu heilen. In Fällen, wo Septumdeviation, vergrösserte Muscheln oder adenoide Wucherungen vorhanden sind, müssen diese natürlich beseitigt werden. Bei chronischer Salpingitis muss mit Silbernitrat oder Chlorzink gepinselt werden; bei hyperplastischen Zuständen muss bougirt werden oder intratubale Injectionen mit denselben Lösungen gemacht werden.

EMIL MAYER.

36) **T. J. Thyne** und **J. S. Fraser. Carcinom des Nasenrachens. (Cancer of the nasepharynx.)** *Edinburgh med. journ. Januar 1913.*

55jähr. Frau; Klagen über Schmerzen in der linken Halsseite und im linken Ohr, Ausschnauben von blutig gefärbtem Schleim, Taubheit und Drüsen links am Hals. Auf der Hinterfläche des weichen Gaumens eine ulcerirte Infiltration. Die Untersuchung einer am Hals exstirpirten Drüse ergab Carcinom.

A. LOGAN TURNER.

37) **Durand. Behandlung der Nasenrachentumoren mittels Mobilisation des Oberkiefers und Jochbeins. (Traitement des néoplasmes du naso-pharynx par la mobilisation du massif maxillo-malaire.)** *Société de chirurgie de Lyon. 3. April 1913.*

Vorstellung einer 43jähr. Patientin mit seit 3 Jahren bestehender linksseitiger Nasenverstopfung, Schmerzen im Ohr und Gesicht. Grosser Tumor im Nasenrachen. Verf. mobilisirte Oberkiefer und Jochbein und entfernte den Tumor. Heilung.

GONTIER DE LA ROCHE.

38) **W. N. Robertson. Fall von recidivirendem Fibrom des Nasenrachens. (Case of recurring fibroma of the nasopharynx.)** *Australasian medical Gazette. 7. Juni 1913.*

10jähr. Knabe; ein festes Fibrom, das unter dem Jochbein hervorragte, sich in die Fossa pterygo-maxillaris fortsetzte, wurde mittels Operation von aussen entfernt. 15 Monate später hatte sich ein grosses Nasenrachenfibrom gebildet; der weiche Gaumen wurde durchtrennt, die Geschwulst mittels Elevatorium enucleirt und ein in die Fissura pterygo-maxillaris sich hineinerstreckender Fortsatz durch Traction entfernt. Heilung.

A. J. BRADY.

c) Mundrachenhöhle.

39) **Morris Manges. Der Mund vom diagnostischen Standpunkt. (The mouth from a diagnostic standpoint.)** *New York medical journ. 8. Februar 1913.*

Verf. zählt die verschiedenen Krankheiten auf, bei denen die Mundhöhle untersucht werden soll. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung, welche cariöse Zähne, Erkrankungen der Tonsillen etc. auf den allgemeinen Gesundheitszustand haben; er mahnt auch, der Mundpflege bei allen acut Erkrankten grosse Aufmerksamkeit zu schenken.

EMIL MAYER.

40) **Fred Wise. Störungen der Mund- und Zungenschleimhaut bei perniciöser Anämie. (Lingual and oral mucous membrane disturbances in pernicious anemia.)** *The journal of cutaneous diseases. Februar 1913.*

In dem vom Verf. mitgetheilten Fall bestand Glossitis und Stomatitis. Als charakteristisch bezeichnet Verf., dass die objectiven Symptome in keinem Verhältniss zu den sehr grossen subjectiven Beschwerden standen und ferner, dass die Erscheinungen von Seiten der Mund- und Zungenschleimhaut periodisch auftreten mit langen Intervallen vollkommener Beschwerdelosigkeit. Die Bedeutung dieser Störungen liegt darin, dass sie oft die ersten Symptome der Allgemeinerkrankung darstellen.

EMIL MAYER.

41) **Bernheim** (Breslau). **Ueber die Prophylaxe der Stomatitis mercurialis und den Gebrauch von Bioxzahnpaste.** *Dermatolog. Centralbl. Bd. 16. H. 9. 1913.*

Bei der Prophylaxe der Stomatitis mercurialis hat sich die Bioxzahnpaste gut bewährt, so dass sie als äusserst brauchbares Mittel für die tägliche Mund- und Zahnpflege empfohlen werden kann. SEIFERT.

42) **C. J. Broeman. Lichen planus mit ausgedehnter Betheiligung der Mundschleimhaut. (Lichen planus with extensive involvement of the mucous membrane of the mouth.)** *Journ. of cutaneous diseases. Juni 1913.*

60 jährige Frau. Die Erkrankung der Mundschleimhaut trat gleichzeitig mit der Erkrankung der äusseren Haut auf und war das einzige Symptom, das die Patientin zum Arzt führte. Sie war localisirt auf dem Rücken, dem Rande und der Unterfläche der Zunge, auf der Wangenschleimhaut gegenüber den Zähnen, den Lippen und bestand aus kleinen Papeln und Plaques von grau-weisser Farbe.

EMIL MAYER.

43) **Eichler** (Bonn). **Rachitische Veränderungen in der Mundhöhle.** *Med. Klinik. No. 38. 1913.*

Demonstration von Gipsabgüssen des Ober- und Unterkiefers, welche rachitische Formveränderungen der Alveolarfortsätze zeigten. SEIFERT.

44) **Trýb** (Prag). **Ueber eine seltene Form von Acanthoma papillare auf luetischer Basis.** *Dermatolog. Wochenschr. No. 28. 1913.*

52 jähriger Mann, seit 11 Jahren an einer höchst peinlichen Lippenaffection leidend. In der Mitte des Lippenrothes der Oberlippe eine markstückgrosse Stelle mit dichtgedrängten papillären Geschwülstchen besetzt. Wassermann positiv. Klinische Bezeichnung auf Grund der histologischen Untersuchung: Syphiloma hypertrophicum tuberosum, Acanthoma papillare labii oris. SEIFERT.

45) **C. M. O'Brien. Maul- und Klauenseuche beim Menschen. (Foot and mouth disease in man.)** *Dublin med. journ. Juli 1913.*

Fall eines Veterinärinspectors, der von einem Schaf in den Finger gebissen worden war, das auf Maul- und Klauenseuche verdächtig war; auf der Innenseite der Lippen, dem Zahnfleisch und Zungenrand wurden Blasen beobachtet. Es bestand starker Speichelfluss; Schlucken, Kauen und Sprechen sehr erschwert.

A. LOGAN TURNER.

46) **Gorse** und **Dupuich. Zungenkrebs bei jungen Individuen. (Cancer de la langue chez les jeunes sujets.)** *Revue de chirurgie. 10. März 1913.*

Der Fall der Verff. betrifft einen 22 jährigen Soldaten. Sie führen aus der Literatur noch 29 andere Fälle auf von Patienten mit Zungenkrebs unter 30 Jahren.

GONTIER DE LA ROCHE

47) **Yokota. Ueber die Entstehung der schwarzen Haarzunge.** *Fukuoka Ikwa Daigakuzaschi. Bd. VI. H. 4. April 1913.*

Nach [illegible]tlicher Beschreibung der schwarzen Zunge theilt Verf. 4 Fälle

mit, die er klinisch sowie mikroskopisch untersuchte und hebt hervor, dass bei Entzündung der Mund- und Rachenhöhle als Reiz die Hypertrophie wirkt und Verhornung der Papillae filiformes hervorruft, welche durch Nahrungsmittel (insbesondere Solanumsalat), Tabak, Silberlösung usw. schwärzlich verfärbt werden.

KUBO.

48) **Dubois-Havenith** (Brüssel). **Leukokeratose des Zungenrückens. Epitheliom oder ulcerirtes Syphilid am rechten Rande. (Leucokératose de la face dorsale de la langue. Epithelioma ou syphilide ulcéreuse du bord droit.)** *Presse médicale belge. No. IV. 26. Januar 1913.*

In dem mitgetheilten Fall war der Wassermann positiv, trotzdem zweifelt Verf. an der Diagnose Syphilis und denkt vielmehr an Epitheliom. Er will die Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung entscheiden; die Anwendung von Hg scheut Verf. wegen des Zustandes der Zähne, die Anwendung von Salvarsan wegen der bestehenden Arteriosklerose. PARMENTIER.

49) **R. Hahn. Solitärer Cysticercus der Zunge. (Cisticerco solitario della lingua.)** *Arch. ital. di otologia. IV. 1913.*

28 jähriger Patient, bei dem seit 7—8 Jahren auf dem vorderen Drittel des linken Zungenrandes eine kleine, harte, indolente, erbsengrosse Anschwellung bestand. Seit 6 Monaten wuchs der Tumor, zuerst langsam, dann schneller und begann, beim Bewegen der Zunge und beim Schreiben erheblich zu stören. Der Tumor wurde enucleirt und mikroskopisch als Cysticercus cellulosus erkannt.

Der Pat. wurde zwei Jahre lang verschiedentlich untersucht; bei genauester Untersuchung wurde keine Spur einer sonstigen Localisation von Cysticercus gefunden, so dass Verf. sich berechtigt glaubt, jene Localisation auf der Zunge als eine solitäre anzusprechen. Diese Localisation des Parasiten im submucösen Bindegewebe der Zunge ist sehr selten; in der italienischen Literatur hat Verf. nur einen Fall gefunden (de Gaëtano, Soc. Ital. di chirurgia, Rom 1904).

CALAMIDA.

50) **Zografides** (Athen). **Catarrhus chronicus hypertrophicus der Tonsilla lingualis.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 52. 1912.*

Verf. constatirte in mehreren Fällen von keuchhustenähnlichem Husten eine Hyperämie bzw. Schwellung in einem Katarrh der hypertrophischen Zungentonsille und konnte in einigen Fällen durch Localbehandlung dieser Partie mit Adstringentien, Cauterisation und Curettement Heilung erzielen. Verf. glaubt, dass das Bordet-Gengou'sche Keuchhustenstäbchen oder seine Toxine in die Zungendrüsen eindringen und dort zu einer Entzündung führen, wodurch im Wege der Reflexbahnen centripetal das Hustencentrum erregt wird. CHIARI.

51) **A. Hopewell-Smith. Ein Fall von maligner Erkrankung des Gaumens. (A case of malignous disease of the palate.)** *Brit. Dental Journ. 13. Aug. 1913.*

Ein kleines Epitheliom wurde vom weichen Gaumen eines 54 jährigen Mannes entfernt. Nach 7 Jahren erfolgte ein Recidiv in Gestalt eines kleinen Knötchens, welches im Laufe der nächsten 2 Jahre langsam wuchs und dann excidirt wurde; die Untersuchung ergab Epitheliom. A. J. WRIGHT.

52) **R. Imhofer. Zur Pathologie der Gaumenmandel.** *Prager med. Wochenschr. No. 29. 1913.*

1. Lipom der Gaumenmandel.

Der an der Leiche eines 26jährigen Mannes gefundene Tumor war circa erbsengross, posthornartig gekrümmt und liess sich in Serienschnitten direct in das Mandelgewebe verfolgen, und bestand aus Fettgewebe mit etwas eingelagertem lymphoidem Gewebe. Verf. meint, dass die Lipome der Tonsille stets hyperplastische Gebilde sind, dass man auf Keimverlagerungen etc. bei der Erklärung ihrer Genese nicht zurückzugreifen brauche, und hat sich conform den Angaben von Glas und Fick an mit Sudan gefärbten Gefrierschnitten überzeugt, dass Fettgewebe in der Kapsel der Tonsille und in den die einzelnen Follikel von einander scheidenden bindegewebigen Septen ein sehr häufiger Befund sei.

2. Knorpeleinlagerungen in der Tonsille.

In der Tonsille eines 53jährigen Mannes fanden sich, und zwar meist an den äusseren Partien, Inseln hyalinen Ursprungs und Netzknorpel mit Kalkeinlagerungen. Verf. bespricht die einzelnen Theorien der Entstehung dieser Knorpeleinlagerungen (Reste des 2. Kiemenbogens oder Metaplasie). Im letzteren Falle müsste es sich wohl um eine Heteroplasie im Sinne von Schridde oder R. Mayer handeln. Eine praktische Bedeutung können diese Eiulagerungen dadurch gewinnen, dass in ihnen bei der Tonsillotomie das Tonsillotom stecken bleibt.

STEINER.

53) **Breitung** (Coburg). **Sarkom der Tonsille.** *Med. Klinik. No. 37. 1913.*

70jährige Frau mit einer taubeneigrossen Geschwulst der linken Tonsille. Operation in Localanästhesie, querer Wangenschnitt, Exstirpation mittels Paquelin. Histologische Untersuchung ergab Rundzellensarkom.

SEIFERT.

54) **Wolze** und **Alexander Pagenstecher** (Braunschweig). **Erfolgreiche Behandlung eines inoperablen Mandelsarkoms mit Cuprase und Röntgenstrahlen.** *Münchener med. Wochenschr. No. 19. 1913.*

Mittheilung der Krankengeschichte eines einschlägigen Falles, der durch die combinirte Behandlung zur Latenz gebracht wurde, so dass Pat. 26 Pfund an Gewicht zunahm und seinen Beruf wieder aufnehmen konnte.

Es wurden 8 je 5 ccm enthaltende Ampullen Cuprase, die zusammen 0,00968 reines Kupfer enthielten, im Zeitraum von 7 Wochen eingespritzt. Nebenerscheinungen, abgesehen von geringer Mattigkeit, wurden nicht beobachtet. Dann wurde eine energische Röntgenbehandlung angeschlossen, in der Weise, dass „in 3 Serien bei verschiedenen Einfallspforten (Mund, Nacken und Wangen) unter 2—3 mm Aluminiumfilter bestrahlt und im Ganzen bei einem Röhrenabstand von durchschnittlich 20 cm 50 unter dem Filter gemessene Holzknecht-Einheiten verabreicht wurden.“

HECHT.

d) Diphtherie und Croup.

55) **A. Montefusco. Ueber die Ausbreitung des Croup in Neapel. (Sulla diffusione del croup a Napoli.)** *Giornale internazionale delle scienze mediche. XVI. 1913.*

Die Arbeit enthält statistische und epidemiologische Angaben über die Fälle

von Croup, die, unabhängig von Diphtherie, während der Zeit von 1902—1912 aus der Provinz Neapel im Ospedale Cotugno aufgenommen wurden. Während dieser Zeit herrschte in Neapel und der Provinz eine andauernde und hartnäckige Epidemie, die aber nicht schweren Charakters war, die Fälle von Croup überwogen bei Weitem die von Diphtherie, vielleicht weil letztere meist von den allgemeinen Praktikern behandelt wurden. Die Croupfälle betrugen 2464 mit 625 (25,3 pCt.) Todesfällen, die Diphtheriefälle 539 mit 48 (8,8 pCt.) Todesfällen.

Von 1895—1900, wo die Intubation der Serotherapie zu Hülfe kam, betrug die Mortalität 53 pCt.; im Jahre 1902, als Massei die Direction übernahm, fiel sie auf 31 pCt.; in dem Zeitraum 1902—1912 war 1906 das Minimum der Todesfälle 15,4 pCt., obwohl die Zahl der Krankheitsfälle damals am grössten war und 1911 war mit 25,8 pCt. das Maximum.

CALAMIDA.

56) **C. van Bemmel** (Bleskensgraaf). **Fall von Diphtheritis larvata.** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 11. S. 534. 1913.*

Wegen Stridor wurde Tracheotomie nöthig. Keine Membranen. Im Pharynx keine Diphtheriebacillen, dagegen im Schleim aus der Luftröhre.

VAN GILSE.

57) **Joseph B. Greene. Diagnose und Behandlung der Diphtherie. (Diagnosis and treatment of diphteria.)** *Boston medical and surgical journal. 19. Juni 1913.*

Aus den Schlussfolgerungen des Verf.'s seien folgende hervorgehoben: Auch bei negativem Ausfall der bakteriologischen Untersuchung soll, wenn die klinischen Symptome für Diphtherie sprechen und besonders, wenn sie schwer sind, Antitoxin gegeben werden; es sollen im allgemeinen viel grössere Dosen gegeben werden, als die Lehrbücher verlangen; Intubation ist in der Hauptsache der Tracheotomie vorzuziehen. Bacillenträger müssen ausfindig gemacht und behandelt werden.

EMIL MAYER.

58) **Walter Beyer. Ueber die intravenöse Anwendung des Diphtherie-Heilserums.** Aus der med. Universitätsklinik Rostock (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Martius). *Münchener med. Wochenschr. No. 34. 1913.*

Eingehende kritische Würdigung der einschlägigen Literatur und Erörterung der Bedingungen, unter denen eine praktisch verwerthbare Statistik über die Wirkungsweise der intravenösen, im Vergleich zu der intramusculären und subcutanen Seruminjection aufgestellt werden kann. Die Versuchsreihen des Verf.'s ergaben das Resultat, dass bei intravenöser Injection des Serums — namentlich bei den in den ersten Krankheitstagen Gespritzten — die Entfieberung rascher eintritt, wie bei subcutaner Injection; dagegen scheinen hinsichtlich des Einflusses auf die Rachenaffection die beiden Methoden sich nicht sehr deutlich von einander zu unterscheiden. Schädliche Einwirkungen der geringen, in dem Serum enthaltenen Carbolsäuremengen auf die Nieren wurden bei den intravenösen Seruminjectionen nicht beobachtet.

HECHT.

59) **Hagemann** (Marburg). **Chirurgische Nachbehandlung postdiphtherischer Trachealstenosen.** *Med. Klinik. No. 38. 1913.*

Die Nachbehandlung von durch zu lange dauernde Intubation entstandenen

Trachealstenosen bestand in operativer Behandlung der Stenose mit nachfolgender Bougirung, während die Kinder in der Zwischenzeit Schornsteincanülen trugen.

SEIFERT.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

60) **Samuel Iglauer. Schwebelaryngoskopie nebst Bericht von Fällen. (Suspension laryngoscopy with report of cases.)** *The Laryngoscope. Juni 1913.*

Fall I. Untersuchung in einem Fall von Bulbärparalyse.

Fall II, III, IV. Galvanokaustik im Larynx.

Fall V, VI. Entfernung von Papillomen.

Verf. rühmt die Vorzüge der Schwebelaryngoskopie und bezeichnet sie als einen grossen Fortschritt auf dem Gebiete der Laryngoskopie.

EMIL MAYER.

61) **W. Howarth. Ein Hakenspatel zur Schwebelaryngoskopie. (A hook spatula for suspension laryngoscopy.)** *Lancet. 19. Juli 1913.*

Das Instrument stellt eine Modification des Killian'schen dar. Die hauptsächlichen Veränderungen sind: Die Oeffnung ist zweimal so gross, so dass der Einblick freier ist; ferner läuft der Gegendrücker an einem Arm und ist verstellbar, auch sind in Bezug auf die Grösse des Spatels geringe Veränderungen gemacht.

A. J. WRIGHT.

62) **E. Lautenschläger** (Frankfurt a. M.). **Eine Modification des Killian'schen Spatelhakens zur Schwebelaryngoskopie.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. 1913.*

Die Mittheilung muss im Original nachgesehen werden, da sie ohne Abbildung nicht referirbar ist.

ZARNIKO.

63) **J. Cisler** (Prag). **Stimm- und Articulationsstörung durch Atropinvergiftung.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 429. 1913.*

Es ist bekannt, dass Atropinvergiftung Stimmstörung hervorruft; doch hatte man bis heute nicht Gelegenheit, bei Atropinvergiftung eine laryngoskopische Untersuchung vorzunehmen.

C. hat nun einen Hund laryngoskopirt, der mit Atropin vergiftet war, und konnte feststellen, dass einerseits die Trockenheit der Schleimhaut und andererseits der Krampf der Glottisschliesser die Stimm- und Articulationsstörung bedingen.

OPPIKOFER.

64) **F. Victor Laurent. Bericht über einen Fall von Aphthongie. (Report of a case of aphtongia.)** *The Laryngoscope. Januar 1913.*

Fleury definirt die Aphthongie als Krämpfe im Hypoglossusgebiet, die sich bei jedem Sprechversuche einstellen und das Sprechen unmöglich machen. Die Ursache besteht in grosser seelischer Erregung oder Schreck. Die vom Verf. angewandte Therapie bestand in Massage der betreffenden Muskeln und darin, dass er die Patienten lehrte, die Spannung in den Kehlkopfmuskeln aufzuheben und die Stimme nach vorne zu bringen.

EMIL MAYER.

65) **J. Némai** (Budapest). **Von welchen anatomischen Verhältnissen ist die Superiorität der menschlichen Stimmbildung begründet?** *Orvosi Hetilap. No. 21. 1913.*

Die Glottis der Thiere kann niemals ganz geschlossen werden, in der Glottis cartilaginea bleibt stets eine mehr oder weniger grosse Lücke (Hiatus intervocalis s. Glottidis) zurück, weil die mediale Fläche des Aryknorpels stark excavirt ist. Die anatomischen Verhältnisse erklären das primitive Wesen der thierischen Stimme, welche nie musikalisch rein werden kann, und oft eher unangenehm kreischend ist; aus diesen Verhältnissen ist auch die grosse Superiorität und musikalische Vollkommenheit der menschlichen Stimme erklärlich; die Ursache besteht darin, dass der Hiatus intervocalis verschwunden und die Glottis ganz verschlussfähig geworden ist. Auch darf nicht vergessen werden, dass die Thiere (die Untersuchungen des Verf. beziehen sich auf die Säugethiere mit Placenta) bei der Stimmbildung den Mund zumeist weit öffnen. (Resonatoransatz.)

Die Excavation der medialen Fläche der thierischen Kehlköpfe ist für die Respiration vortheilhaft, bietet auch mehr Sicherheit gegen starke entzündliche Schwellungen.

POLYAK.

66) **W. H. Dudley. Die unmittelbaren und entfernten Wirkungen der Entfernung der Tonsillen bei Kindern und Erwachsenen auf Sprache und Stimme. (The effect upon speech and voice of the removal of tonsils early and remote in children and adults.)** *Southern California Practitioner. Februar 1913.*

Verf. kommt zu dem Schluss, dass in einigen Fällen, in denen den Weichtheilen des Pharynx erhebliche Beschädigung zugefügt war, eine genaue Untersuchung keine besonderen üblen Einwirkungen auf die Stimme oder Sprache ergab, weder als unmittelbare noch als entfernte Folge der Operation.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

67) **E. W. Scripture. Die Sorge für Sprachstörungen. (The care of speech defectives.)** *Medical Record. 22. Februar 1913.*

Jedes Kind, das zur Behandlung für eine Sprachklasse ausgewählt ist, sollte zur Diagnose zu einem competenten Arzt gesandt werden. Die Lehrer für die Sprachklassen müssen besonders ausgebildet sein. Verf. plaidirt für Errichtung einer grösseren Zahl von Sprachkliniken, sowie für Unterricht der Studenten in der Sprachheilkunde.

EMIL MAYER.

68) **G. Panconcelli-Calzia. Autophonoskop, ein Instrument, um die Phonationsbewegungen im Larynx beobachten zu lassen und gleichzeitig selbst zu beobachten.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 437. 1913.*

Das Instrument, das durch die Firma G. Wolf (Berlin) hergestellt wird, ist abgebildet. Preis nicht angegeben.

Das von Brünings angegebene ähnliche Instrument, welches gestattet, dass nicht nur eine einzelne Person, sondern eine grössere Reihe von Aerzten oder Schülern die Stimmlippenbewegungen eines einzelnen Individuums beobachten können, konnte P. noch nicht kennen, da Brünings sein Instrument erst dieses Jahr am Congress deutscher Laryngologen, Stuttgart 1913, demonstrirt hat.

OPPIKOFER.

69) **Viktor Guttmann. Ein experimenteller Beitrag zur Erkenntniss der Function der Ansa Galeni des Hundes.** *Casopis lekaruo ceskych. 1912.*

Der Autor bespricht zuerst die einander in manchem widersprechenden Ansichten verschiedener Autoren über den Ursprung und Verlauf der Nervenfasern in der Ansa Galeni. Ueber die physiologische Function der Ansa fehlen directe Versuche. Mit Rücksicht auf die anatomischen Beziehungen lässt sich ein Bild von ihrer Function nur theoretisch zusammenstellen. Da die bisherigen Forschungsergebnisse nicht ohne Widerspruch sind, sind weitere Versuche vollauf berechtigt. Der Autor führte 17 Versuche an Hunden aus, von denen er die wichtigsten kurz mittheilt. Die Ansa wurde jedesmal von unten herauspräparirt, durchschnitten und hierauf ihr proximales (gegen den Kopf gerichtetes) resp. distales Ende gereizt. In einem Versuche wurde der Blutdruck gemessen, in einem anderen ausser der Ansa beide Nn. recurrentes durchschnitten, in einem beide Recurrentes und ihre Aeste mit Ausnahme der Ansae durchschnitten, in einem weiteren beide Ansae resecirt und das Thier am nächsten Tage untersucht und dabei Motilität und Sensibilität normal befunden, endlich wurden in einem Versuche die Respirationsbewegungen mit der Marey'schen Trommel registrirt.

Aus den Versuchen ergab sich, dass

1. eine Reizung des proximalen Endes der durchschnittenen Ansa a) Adduction der Stimmlippen, b) Retardation der Respirationsbewegungen bewirkt;
2. eine Reizung des distalen Endes keine Veränderung zur Folge hat.

Der Reflex, der diese Adduction der Stimmlippen bewirkt, verläuft in der Bahn der Nn. laryng. inf., was dadurch bewiesen ist, dass nach Durchschneidung beider Nn. recurrentes und ihrer Aeste keine Adduction eintrat. Die die Adduction der Stimmlippen bewirkenden centripetalen Ansafasern gehen nicht im N. recurrens weiter, denn eine Reizung des distalen Endes der Ansa hatte keine Adduction zur Folge. In der Ansa verlaufen also centripetale, zum Adductionscentrum ziehende Nervenfasern.

Auch die Fasern, welche reflectorisch eine Retardation der Athmung bewirken, laufen von der Ansa zu den Nn. laryng. super. Auf den Blutdruck scheinen die Ansafasern keinen Einfluss auszuüben.

Endlich folgt aus den Versuchen, dass die Sensibilität der Kehlkopfschleimhaut von der Ansa unabhängig ist, da nach Excision der letzteren keine Störung derselben eintrat.

STEINER.

70) **A. Onodi** (Budapest). **Ueber perverse Bewegungen der Stimmlippen.** *Orvosi Hetilap. No. 18. 1913.*

Der Fall wurde zur Controle und weiteren Beobachtung dem Verf. vom Ref. überlassen, starb aber vor der Aufnahme in der Klinik, und die Autopsie konnte nicht ausgeführt werden.

63 Jahre alter Mann, seit 3 Monaten heiser. Keine Störungen im Bereiche des Nervensystems, ausser den Veränderungen des Kehlkopfes und der Luftröhre, wo eine ausgesprochene Hypästhesie und Reflexmangel nachweisbar war. Die Bewegungen der Stimmlippen zeigten folgende Coordinationsstörungen: Glottis in der Ruhigstellung etwas enger, bei der Inspiration nähern sich die Stimmlippen,

sie berühren sich sogar häufig, und dann wird Dyspnoe wahrnehmbar. Sobald der Patient sprechen will, gehen die Stimmlippen auseinander und die Glottis erreicht die maximale Weite. Pleuritisches Exsudat rechts. POLYAK.

71) **Nils Witt. Das Vorkommen von Cancer des Larynx und Pharynx nach officiellen schwedischen statistischen Quellen. (Om förekomsten af cancer i larynx och pharynx after svenska officiella statistiska källor.)** *Oto-laryngologiska meddelanden. Bd. I. H. 3. September 1913.*

Um dieses Verhältniss zu erforschen, hat Verf. die letzte Zehnjahrsperiode des Medicinalcollegiums studirt, hat aber keine Auskunft finden können, da die erwähnten Organe nicht aufgeführt waren. Das Studium der Berichte verschiedener Hospitäler konnte auch keine zuverlässige Antwort geben.

E. STANGENBERG.

72) **Hernando Segui** (Havana). **Tabak und Kehlkopfcarcinom. (El tabaco y el cancer laringeo.)** *Cronica médico-quirurgica de la Habana. 15. Nov. 1911.*

Von 75 Fällen von Kehlkopfkrebs, die Verf. in den letzten 5 Jahren (! Red.) gesehen hat, betrafen alle Raucher; darunter waren 13 Frauen, die ebenfalls alle starke Raucherinnen waren. Verf. schliesst daraus, dass für die Aetiologie des Kehlkopfkrebses der Tabak eine sehr wichtige Rolle spielt. TAPIA.

73) **T. Della Vedova** und **L. Castellani. Zwei Kehlkopfcarcinome durch conservative Operation behandelt. (Il resultato di due carcinomi laringei trattati da tempo per la via del collo con intervento conservativo.)** *La Pratica oto-rino-laringoiatrica. September 1913.*

Bericht über zwei Fälle von Laryngotomie, der eine vor ca. 5 Jahren, der andere vor 7 Monaten mit gutem Erfolg operirt. FINDER.

74) **George W. Crile. Laryngektomie wegen Krebs. (Laryngectomy for cancer.)** *The Laryngoscope. December 1912.*

Verf. ist auf Grund einer sehr ausgedehnten Erfahrung in Anbetracht der guten klinischen Resultate der Totalexstirpation und wegen der Möglichkeit, bei partieller Laryngektomie in den Tumor hinein zu schneiden, was die Prognose sehr verschlechtert, für die Totalexstirpation. Verf. betont, dass bei frühzeitiger Diagnose und radicaler Operation der Kehlkopfkrebs vielleicht der am leichtesten heilbare Krebs des Körpers sei. EMIL MAYER.

75) **T. v. Verebélyi** (Budapest). **Zwei Fälle von totaler Larynxexstirpation.** *Verh. des königl. Aerztevereins in Budapest. No. 13. 1913.*

Beide Fälle wurden nach Gluck operirt.

Fall I wurde ein Jahr lang von verschiedener Seite für Tuberculose betrachtet, und ist vom Sanatorium behufs Tracheotomie an Polyák's Abtheilung transferirt worden, wo die Diagnose auf Carcinom gestellt wurde. Der Fall wurde vor einem Jahre operirt, und seither war zweimal Nachoperation wegen Drüsen nothwendig, ist jetzt seit zwei Monaten frei, hat gute Pseudostimme.

Fall II ist ein Pharynx- und Larynxcarcinom, wurde ebenfalls vor einem Jahre operirt, die Plastik des Oesophagus wird in nächster Zeit beendet.

POLYAK.

76) **Al. Ssamoylenko** (St. Petersburg). **Endotheliom oder Epitheliom der Epiglottis.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. und Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 6. S. 313. 1913.*

Bei 26 Jahre alter Patientin höckerige und harte Geschwulst, vom Kehldeckel ausgehend und den Larynxeingang verdeckend. Pharyngotomia subhyoidea. Heilung. Die durch den Pathologen ausgeführte mikroskopische Untersuchung brachte insofern Schwierigkeiten, als sich nicht sicher feststellen liess, ob die Geschwulst zu den Epitheliomen oder mehr zu den Endotheliomen zu rechnen sei.

OPPIKOFER.

77) **J. Philipps** und **H. O. Ruh. Angiom des Kehlkopfs, besonders dessen Beziehung zur chronischen Laryngitis. (Angioma of the larynx, especially its relation to chronic laryngitis.)** *Amer. journal of diseases of children. Febr. 1913.*

9 Monate alter Knabe, von gutem Ernährungszustand. Die Beschwerden (Heiserkeit und allmählich zunehmende Schwierigkeit beim Athmen, dann Husten und inspiratorischer Stridor) datiren seit einer vor 4 Monaten durchgemachten Masernerkrankung. Die Dyspnoe war besonders bei Nacht heftig. Das Kind wurde mit Pneumonie moribund ins Krankenhaus eingeliefert. Eine Kehlkopfuntersuchung wurde nicht gemacht. Der Befund der Autopsie lautete: Kehlkopfstenose, chronische katarrhalische Laryngitis, chronische entzündliche Hyperplasie der Kehlkopfschleimhaut, Haemangioma simplex des Kehlkopfs, lobäre Pneumonie des linken Unterlappens.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

78) **R. H. Woods. Zwei Fälle von subglottischen Tumoren. (Two cases of subglottic tumor.)** *Dublin med. journ. Juni 1913.*

Fall I. 11jähriger Knabe, bei dem eine Granulationsmasse auf der rechten Trachealwand unmittelbar über der Bifurcation gefunden wurde. Die Geschwulst wurde auf bronchoskopischem Wege in drei Sitzungen entfernt. Die Drüsen an der Bifurcation waren vergrössert, sie verschwanden jedoch allmählich. Mikroskopisch konnte keine definitive Diagnose gestellt werden.

Fall II. 40jähriger Mann; unterhalb der Stimmbänder ein das Tracheallumen augenscheinlich ausfüllender Tumor. Der Tumor wurde von aussen entfernt und es zeigte sich, dass er der Hinterfläche des Ringknorpels aufsass. Die Diagnose wurde auf Carcinom gestellt.

A. LOGAN TURNER.

79) **Fr. Neumann. Radiumträger für den Larynx.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 715. 1913.*

Verf. liess Radiumträger für den Larynx herstellen, welche die Tracheotomie umgehen, indem der Patient während der endolaryngealen Radiumanwendung durch den Larynx athmet. Beschreibung und Abbildung der Instrumente, die nach mässiger Cocainisirung auch bei nicht eingeübten Patienten bis zu einer halben Stunde belassen werden konnten.

OPPIKOFER.

f) Schilddrüse.

80) **Studien über den endemischen Kropf.** Aus dem Hygieneinstitut der Universität Zürich (Director: Prof. Silberschmidt.) Mit 2 Tabellen und 1 Abb. *Münchener med. Wochenschr. No. 33. 1913.*

I. Th. Dieterle, L. Hirschfeld und R. Klinger: Epidemiologischer Theil.

Die Autoren fassen ihre Untersuchungsresultate in folgenden Schlussfolgerungen zusammen: „Es wurden in einer Anzahl von Gemeinden möglichst vollständige Untersuchungen der Einwohnerschaft auf Kropf vorgenommen. Gleichzeitig wurde das Trinkwasser eingehend untersucht und nicht nur die Bodenbeschaffenheit der betreffenden Gegend, sondern auch die geologischen Ursprungsstätten der Quellen auf Grund von genauen fachmännischen Gutachten berücksichtigt. Die erhaltenen Ergebnisse zeigen, dass die Kropfendemie mit einer bestimmten geologischen Formation nicht in Zusammenhang steht; in Dörfern, welche Wasser von verschiedenem geologischen Ursprung beziehen, ist die Endemie unabhängig davon in den entsprechenden Dorftheilen gleich stark ausgeprägt, und andererseits verhalten sich verschiedene Gemeinden, die ein geologisch gleichartiges Wasser haben, in Bezug auf die Intensität der Endemie verschieden. Diese dürfte vielmehr in ihrer Ausbreitung nicht durch geologische, sondern durch andere Factoren (Lage, Verkehr, allgemeine hygienische Verhältnisse) bestimmt werden. In einzelnen Ortschaften sind die Kropffälle nicht gleichmässig verbreitet, sondern kommen in gewissen Familien und Häusern gehäuft vor.

Unsere Untersuchungen gestatten nicht, die Angaben von Bircher zu bestätigen. Wir haben vielmehr feststellen können, dass in Ruppersweil, das nach Bircher jetzt kropffrei sein soll, seit Einführung der Jurawasserleitung die Endemie nicht erloschen ist; dass in Asp der mit Jurawasser versorgte Dorftheil die Endemie in gleicher Stärke aufweist wie das mit Triaswasser versehene Unterdorf, während Densbüren aus den angegebenen Gründen als Stütze der geologischen Hypothese nicht gelten kann."

II. L. Hirschfeld und R. Klinger: Experimenteller Theil.

Die Autoren ziehen auf Grund ihrer Tränkungsversuche mit Ratten an acht verschiedenen Orten folgende Schlussfolgerungen:

„1. An einem Kropforte gelingt es, bei Ratten Kropf zu erzeugen; in unseren Versuchen beträgt die Zahl der positiven Thiere 40—70 pCt.

2. Die Natur des Wassers, womit die Ratten an einem Kropforte getränkt werden, ist für die Entstehung des Kropfes ohne Bedeutung. Nicht nur die mit frischem, sondern auch die mit gekochtem Wasser getränkten Thiere zeigten bei gleicher Tränkungsdauer gleich starke Drüsenschwellungen. Es konnte auch dann Kropf erzeugt werden, wenn die Thiere am Kropfort mit einem Wasser getränkt wurden, das an seinem Ursprungsort sicher nicht kropferzeugend wirkt. In einem kropffreien Stall (Zürich) gelang es zuerst nicht, durch Wasser aus Kropforten Kropf zu erzeugen; später wurden einige positive Resultate beobachtet: wir können aber Contactinfection nicht sicher ausschliessen.

Da in Kropfgegenden auch bei Tränkung der Versuchsthiere mit Wasser aus

kropffreier Gegend Kropf entsteht, ist die Annahme, dass die primäre Beschaffenheit des Wassers die Ursache der Kropfbildung sei, nicht zutreffend."

HECHT.

81) **E. Sehrt. Zur thyreogenen Aetiologie der hämorrhagischen Metropathien.** Aus der Univ.-Frauenklinik Freiburg i. Br. (Director: Geh. Rath Prof. Dr. Krönig). *Münchener med. Wochenschr. No. 18. 1913.*

Eingehende kritisch-theoretische Betrachtungen über den Zusammenhang zwischen Schilddrüsenfunctionsstörungen und Erkrankungen der weiblichen Genitalsphäre, die sich zu kurzem Referat nicht eignen. HECHT.

82) **W. Pearson. Polunterbindung bei Basedow. (Pole ligature for hyperthyroidism.)** *Dublin med. journ. Juli 1913.*

Um die Blut- und Lymphversorgung der Drüse zu unterbinden, erachtet Verf. eine um jeden oberen Pol gelegte Ligatur für befriedigender als Ligatur der Drüse allein. Verf. beschreibt einen eine 32jährige Frau betreffenden Fall, in dem er mittels dieser Operation erhebliche Besserung erzielte. A. LOGAN TURNER.

83) **Pollag** (Zürich). **Ueber die Tuberculose der Schilddrüse.** *Beitr. z. Klinik d. Tuberculose. Bd. 27. H. 2. 1913.*

In drei Fällen von Tuberculose der Schilddrüse handelte es sich um weibliche Individuen im postklimakterischen Alter. Im 1. Falle fand sich ein tuberculöser Tumor mit nekrotischem Gewebe, in den beiden anderen ein tuberculöser Abscess in der Schilddrüse. SEIFERT.

g) Oesophagus.

84) **Forssner** (Stockholm). **Zur Pathogenese der angeborenen Darm- und Oesophagusstenosen.** *Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 100. H. 2. 1912.*

In der Pathogenese der angeborenen Oesophagusstenosen erscheint als das Wahrscheinlichste, dass die Störung in dem embryonalen Lebensprocesse, welcher die unvollständige Scheidung zwischen Oesophagus und Trachea zur Folge hat, gleichzeitig eine Unterbrechung der Continuität des Oesophagus mit sich bringt.

SEIFERT.

85) **J. D. Rolleston. Diphtherie des Oesophagus. (Diphteria of the oesophagus.)** *Brit. journ. of children diseases. September 1913.*

Ein 6 jähriger Knabe wurde mit schwerer Toxämie, hohem Fieber, Diphtherie des Rachens und der Nase ins Hospital aufgenommen und starb eine Stunde später. Bei der Section fand sich am unteren Ende des Oesophagus eine congestionirte Partie mit submucösen Blutungen und Diphtheriemembranen. Verf. betont, dass Localisationen der Diphtherie im Oesophagus nicht so selten seien. A. J. WRIGHT.

86) **Lorenzo B. Lockard. Oesophagustuberculose; eine kritische Revue. (Esophageal tuberculosis; a critical review.)** *The Laryngoscope. Mai 1913.*

In Bezug auf die Infectionswege macht Verf. folgende Classification: 1. Directe Inoculation der Gewebe nach Prädisponirung durch Trauma. 2. Tuberculose mit

Krebs. 3. Directe Inoculation ohne vorausgehendes Trauma. 4. Ausbreitung vom Kehlkopf und Pharynx. 5. Hämatogene Infection. 6. Affectionen abhängend von Wirbelcaries. 7. Ausdehnung per continuitatem von verkästen Drüsen. 8. Fälle, in denen der Infectionsweg nicht endgültig verfolgt werden kann.

Wenn die tuberculösen Erkrankungen des Oesophagus frühzeitig erkannt werden, so können sie, ebenso wie die des Larynx, local mit denselben Methoden behandelt werden, wie Galvanokaustik, Milchsäure, Formalin, Orthoform usw.

EMIL MAYER.

87) **Julius London. Ein neues Gastroösophagoskop. (A new gastrooesophagoscope.)** *Medical Record. 21. December 1912.*

Der Apparat besteht aus drei ineinander geschobenen Röhren. Das äusserste ist ein grades, rundes Metallrohr; das distale Ende ist abgeplattet, so dass die distale Oeffnung oval statt rund ist. Dieses Rohr dient als Introductor, kann aber auch für sich allein als ösophagoskopisches Rohr benutzt werden, wenn man einen Kopfreflector oder die Brünings'sche Lampe benutzt. Das mittlere Rohr ist oval; am proximalen Ende sind zwei Hähne zur Ausdehnung des Magens und die Vorrichtung zur Anbringung der elektrischen Leitung. Am distalen Ende befindet sich die elektrische Lampe und eine Gummispitze am Ende, welche als Introductor in den Pharynx, Oesophagus und Magen dient. Das innere Rohr enthält das optische System, das nach specieller Angabe des Verf. construirt ist.

EMIL MAYER.

88) **Rendu** (Lyon). **Speculum mit grossem Gesichtsfeld zur unteren Gastroskopie. (Spéculum à grand champ visuel pour gastrescopie inférieure.)** *Lyon médical. 21. September 1913.*

Durch das Instrument wird es sehr erleichtert, bei der retrograden Dilatation der Oesophagusstenosen von der Gastrotomiewunde aus den Faden zu finden.

GONTIER DE LA ROCHE.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Dr. Emil Fröschels. Lehrbuch der Sprachheilkunde (Logopaedie). Für Aerzte, Pädagogen und Studirende. Mit 100 Fig. im Text und 5 Tafeln. Leipzig und Wien 1913. (Deuticke.) 397 S. Preis broch. M. 13.

Das Buch ist offenbar sehr rasch niedergeschrieben, sozusagen aus einem Guss. Es hat daher den Vorzug flüssiger Diction. Es enthält ferner zahlreiche praktische Winke aus der persönlichen Erfahrung des Verf., die mit didaktischem Talent vorgetragen sind. Auf der anderen Seite hat es den Nachtheil einer gewissen Unausgeglichenheit, da natürlich des Verf. Interessen und persönliche Anschauungen prävaliren, sowie eigene Krankengeschichten einen breiten Raum einnehmen, während wichtige bekannte Arbeiten übergangen sind und hier und da ein Autor zwar benutzt, aber nicht immer citirt ist. Die localisatorische Aphasielehre scheint einer der Hauptgesichtspunkte zu sein, von denen Verf. ausgeht und urtheilt. Hierin ist ein gewisser Gegensatz zur heutigen Psycho-

logie unverkennbar, der besonders bei der Darstellung der Sprachentwickelung auffällt, sowie bei der Hypothese der mangelhaften Entwickelung des Hörhirnes (S. 120). Die Hauptkapitel des Buches handeln vom Stottern und Aphthongie, Poltern, Stammeln, von der Hörstummheit, der Taubstummheit, den Sprachstörungen bei Schwerhörigkeit, der Stummheit bei Schwachsinn, der Aphasielehre (ihrem jetzigen Stande nach). Vorausgeschickt sind Kapitel über die allgemeine Untersuchung Sprachkranker, die Sprachentwickelung des Kindes, ferner über die Physiologie von Athmung, Stimme und Articulation, über Registrirungsmethoden und die sprachlichen Accente. Als Einleitung findet sich sogar eine kurze Anatomie und Physiologie des Gehörorgans und eine ebenfalls kurze Anatomie der oberen Luftwege. Am Schluss ist die Hygiene der Stimme und Sprache einschliesslich der Stimmstörungen kürzer behandelt; eine cursorische Uebersicht über die Sprachstörungen bei Geisteskranken und die symptomatischen Sprachstörungen, bezüglich derer Verf. auf andere Lehrbücher verweist, hat zuletzt noch Platz gefunden. Verf. hat sich bemüht, durch Verdeutschung von Fachausdrücken, sowie zahlreiche praktische Beispiele das Buch auch Pädagogen zugänglich zu machen, doch glaubt Ref., dass es sich seiner ganzen Fassung nach für Aerzte mehr eignet, um so eher, als es hauptsächlich auf theoretischem Gebiet manchmal subjectiv geschrieben ist und einige Definitionen (Ansatz S. 24, Gedächtniss S. 144, Stammeln S. 192 u. a.) von den herrschenden theilweise abweichen. Obwohl der Fachmann hier und dort dem Verf. widersprechen oder ihm nicht in allem folgen wird, so wird er das Buch von Fröschels doch mit Interesse lesen, wenn es auch nicht so vollkommen durchgearbeitet und so erschöpfend ist, dass man es als Nachschlagewerk benutzen kann. Nadoleczny.

---

b) Handbuch der speciellen Chirurgie des Ohres und der oberen Luftwege. Herausgegeben von **Katz, Preysing** und **Blumenfeld.** Würzburg bei Kabitzsch. 1913. Bd. III, Lief. 6; Bd. IV, Lief. 7 u. 8. Preis 5, 7 u. 4 M.

A. Kuttner: Der Hypophysistumor und seine operative Behandlung. Die Abhandlung, zum grössten Theil schon in Lief. 5 des III. Bandes enthalten, bringt eine klare Schilderung der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Hypophysis, würdigt den Werth des Röntgenbildes für Diagnose und Indicationsstellung und beurteilt in objectiver Weise den Werth der verschiedenen Operationsmethoden.

G. Ritter: Die Chirurgie der Thränenwege. In sehr detaillirter und genauer und trotzdem conciser Darstellung behandelt Verf. die Anatomie der Thränenorgane und ihre Lagebeziehungen zur Nase und den vorderen Nebenhöhlen. Eine grössere Anzahl vorzüglicher photographischer Tafeln nach Präparaten seiner Sammlung belegen und veranschaulichen die Ausführungen. Die pathologischen Beziehungen zwischen Nasen- und Thränenleiden werden gründlich erörtert. Endlich werden die Behandlungsmethoden geschildert, darunter am eingehendsten natürlich die Operationen von Toti und West. Die Methode Polyák's ist, wie Herr Ritter uns mitzutheilen bittet, mangels einer ausführlichen Publication bei Abschluss der Arbeit noch nicht in der ihr zukommenden Ausführlichkeit wieder-

gegeben, jedoch soll das in der bald erscheinenden zweiten Auflage geschehen. Die Ritter'sche Arbeit, die sich u. A. auch durch sehr vollständiges Literaturstudium auszeichnet, wird jedem unentbehrlich sein, der sich über die Dakryochirurgie unterrichten will; und das wird wohl jeder moderne Rhinologe wollen, denn wenn auch die intranasale Dakryocystostomie technisch nicht ganz leicht ist, so haben wir doch allen Grund uns eines Fortschrittes zu freuen, der aus dem Thränensack eine Nebenhöhle der Nase macht.

B. Heile: Die chirurgische Behandlung der bösartigen Geschwülste des Oberkiefers. Das schwierige Gebiet ist hier mit Geschick bearbeitet. In erster Linie wird Gründlichkeit gefordert in der Entfernung alles kranken Gewebes, in zweiter Linie Schonung besonders des Orbitalbodens und des Mundabschlusses. Verf. ist Anhänger der Localanästhesie und schildert eingehend die Injectionstechnik für den Trigeminus; jedoch bereitet er die Patienten durch Scopolamin-Morphin vor.

Ph. Bockenheimer: Die Tracheotomie. Hiermit wird der IV. Band fortgesetzt. Viel Neues kann man von einer Abhandlung über Tracheotomie nicht erwarten. Statt dessen giebt der Verf. eine zuverlässige Anleitung für die Operation, die Nachbehandlung, die Bekämpfung der Complicationen, besonders des erschwerten Decanülements. Als Schüler Bergmann's zieht er die obere Tracheotomie als Operation der Wahl der unteren vor. Auch die quere Eröffnung der Luftröhre lehnt er, wenigstens für dringliche Fälle, ab. Man vermisst eine Erwähnung der Intercricothyrotomie von Botey, die in Deutschland von Denker propagirt worden ist, und welche den dringlichen Luftröhrenschnitt unter gewissen Umständen ersetzen soll. Vielleicht berücksichtigt Verf. dieselbe in der zweiten Auflage.

M. Mann: Tracheo-Bronchoskopie. In sehr sorgfältiger und objectiver Weise ist dieses Capitel bearbeitet. Die grosse eigene Erfahrung, über die der Verf., wie man weiss, verfügt, ist nirgends in den Vordergrund gestellt, ohne sich doch je zu verleugnen. Die Geschichte der Bronchoskopie wird kurz dargestellt, sodann das Instrumentarium der verschiedenen Schulen (der Killian'schen, der Wiener Schule, der Amerikaner, Franzosen etc.) beschrieben. Die Schilderung der Technik legt das Brünings'sche Instrumentarium zu Grunde. Die Localanästhesie wird principiell bevorzugt. Besondere Sorgfalt ist dem Capitel von den Fremdkörpern gewidmet. Verf. zeigt an der Hand der grossen Fremdkörperliteratur, von welchem Einfluss die Natur des aspirirten Gegenstandes auf den Verlauf der Krankheit und der Operation ist, und wie der Operateur dem Rechnung zu tragen hat. Speciell die Indicationen für die untere Bronchoskopie sind u. A. von der Art des Körpers abhängig (S. 560). Das Capitel schliesst mit der Besprechung der directen und der Schwebe-Laryngoskopie.

H. Starck: Oesophagoskopie beschliesst den IV. Band. Im „Allgemeinen Theil“ werden kurz Geschichte, Anatomie und Physiologie, ausführliches Instrumentarium (z. T. unter Berufung auf das vorhergehende Capitel) und Technik abgehandelt. Verf. bevorzugt einfache Instrumente und ist daher seinen geraden, runden oder ovalen, quer abgeschnittenen Rohren mit Trichteraufsatz treu ge-

blieben. Da er durch genaue Anamnese und Untersuchung vorher fast immer den Sitz der Affection festzustellen vermag, zieht er sie den Brünings'schen verlängerten Rohren im Allgemeinen vor. Auch dessen Elektroskop wird nur ausnahmsweise benutzt, im Allgemeinen mit Stirnlampe operirt. Die Oesophagokopie im Liegen bei hängendem Kopf wird als Normalmethode empfohlen, ebenso die „palpatorische" Einführung des Rohres mit Mandrin. Im „Speciellen Theil" nehmen die Capitel über Fremdkörper, Stenosen, Erweiterungen, Carcinom Raum und Interesse in erster Linie in Anspruch. Die Therapie der Stenosen scheint uns etwas zu kurz gekommen zu sein.

So sind nunmehr 3 Bände des Handbuchs (I, III, IV) in recht kurzer Zeit vollendet worden. Hoffentlich macht auch der II. Band bald Fortschritte.

Arthur Meyer (Berlin).

---

c) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 27. Mai 1913.

Vorsitzender: Paul Heymann.

Heinemann demonstrirt zwei Nasensteine und einen grossen, einen Tumor vortäuschenden Speichelstein, welche über 10 Jahre an den betreffenden Stellen gesessen haben. Letzterer präsentirte sich als grosser harter Tumor zwischen Zunge und Kiefer und war fest mit dem Kiefer verwachsen. Aus einer daselbst befindlichen Fistelöffnung floss Eiter. Die in letztere eingeführte Sonde traf direct auf den Stein, welcher exstirpirt wurde, nachdem der Tumor mit dem Elevatorium vom Kiefer abgelöst war. Die Glandula sublingualis war mitherausgekommen. Die Glandulla submaxillaris war ohne Ausführungsgang zurückgeblieben, ohne dass, wie die Untersuchung noch nach Ablauf eines Vierteljahres erwies, Stauungserscheinungen eintraten.

Hölscher macht eine ergänzende Mittheilung zu einem früher von ihm mitgetheilten Falle von Totalexstirpation des Larynx und Pharynx nach der Gluck'schen Methode. An den beiden von ihm umgeklappten Hautlappen ist dicht über der Trachealöffnung eine Nekrose eingetreten, es hat sich eine offene Stelle gebildet, welche er bis auf Weiteres durch einen Gummipfropf verschliesst.

Blumenthal hat in einem ähnlichen Falle denselben Misserfolg gehabt, weil er denselben Fehler gemacht hat wie Hölscher und die Naht in die Mitte gelegt hatte. Man darf nicht mitten über den neugebildeten Oesophagus nähen, sondern die Nahtlinie muss auf die Seite fallen, so dass die entstehende Nahtnarbe besser ernährt wird als in der Mitte.

Hölscher zeigt eine Kanüle, welche 15 Jahre lang, ohne je herausgenommen zu werden, von einer Person getragen wurde und welche alsoständig von einer derben Gerinnselmasse ausgefüllt war. Der Träger athmete voll per vias naturales an der Kanüle vorbei.

Ernst Unger spricht über: Die Operationen am Brusttheil des

Oesophagus. Dieser Vortrag wird demnächst in der Berliner klinischen Wochenschrift publicirt werden, in Bezug auf viele interessante Einzelheiten wird auf diese Publication verwiesen. Hier soll nur das Wesentliche angedeutet werden. Die Operation, deren Gelingen von vielen Seiten angestrebt wird, ist bisher selten geglückt. Die Veranlassung zur Operation war Entfernung von Fremdkörpern (Gebiss) aus dem Brusttheil der Speiseröhre oder Dilatation bei Cardiospasmus, meist aber maligne Tumoren. Unger gelang es nach Entfernung des ganzen Magens (Carcinom) das unterste Ende der Speiseröhre mit dem Jejunum bzw. mit dem Duodenum zu vereinigen. Bei allen Operationen am Brusttheil des Oesophagus muss man mit einer Eröffnung der Pleura, einem Pneumothorax, rechnen. Seine Gefahren werden bekämpft durch das Druckdifferenzverfahren — Unterdruck Sauerbruch, Ueberdruck Tiegel u. A., Methode von Kuhn, Insufflation nach Meltzer-Auer.

Thierexperimente zeigen: Nach Resection eines Auer-Segments kann man auf keine Weise die beiden Enden des Oesophagus durch Naht wieder vereinigen, man kann aber dicht über dem Zwerchfell den unteren Stumpf versenken, durch das Zwerchfell einen Magenzipfel ziehen und diesen mit dem oberen Stumpf vereinigen. Am sichersten gelingt im Thierexperiment die Extraction des ganzen Oesophagus, sei es vom Magen aus nach Durchtrennung am Halse oder vom Halstheil aus nach Durchtrennung am Zwerchfelltheil. Das Vorgehen am Menschen gestaltet sich verschieden, je nach dem Sitz der Geschwulst. Vor jedem radicalen Vorgehen ist durch Probelaparotomie bzw. Probethoracotomie festzustellen, ob der Tumor noch operabel sei, Röntgenbilder genügen hierzu nicht.

Von allen Druckdifferenz-Verfahren hält Unger für das beste die Insufflation. Die Einführung des Rohres in die Trachea hat bei Unger's Operationen Lautenschläger nach vorheriger Cocainisirung vermittels des zerlegbaren Killian-schen Rinnenspeculums ausgeführt. Eine Pleuraverletzung wird sich fast immer vermeiden lassen. Die Nervi vagi können unterhalb des Abganges der Aeste für Herz und Lungen ohne Schaden durchtrennt werden. Bei transpleuralem Vorgehen genügt die Resection einer Rippe.

Unger operirte 6mal. 3mal wurde versucht, den Oesophagus — wie beim Thierversuch — zum Halse heraus zu ziehen, 1mal erfolgte der Tod durch Herzlähmung nach 24 Stunden, 2mal durch Nachblutung am 2. bezw. 5. Tage nach der Operation.

In der Discussion theilt Max Cohn mit, dass die radiologische Untersuchung bei der Patientin, an welcher Unger die totale Magenresection ausgeführt hat, eine Erweiterung am unteren Ende der Speiseröhre ergab, die wie ein Vormagen functionirte. Allmählich fliessen die Speisen im dünnen Strahle ab. Man müsse hier, wie auch bei dem Verhalten der Speisen im Darme, an die Folgen der doppelten Vagusresection denken. Die Function ist gehemmt, zum Theil sogar aufgehoben. Bei der Durchtrennung der Vagi an der Cardia sind wohl auch centripetal leitende Fasern in Mitleidenschaft gezogen, so dass die Bewegung im unteren Theile der Speiseröhre Schaden genommen hat. Im Darme, besonders im

Colon, tritt die Hemmung noch viel deutlicher in die Erscheinung: Stauung des Kothes im ersten Theil des Colon, Unmöglichkeit der Darmentleerung, während vorher die Darmfunction ganz regelmässig war.

Sitzung am 13. Juni 1913.

Gutzmann stellt ein 13jähriges Mädchen vor, welche eine Mutationsstörung aufweist. Letztere ist bekanntlich bei Knaben sehr häufig, beim weiblichen Geschlecht überaus selten. Hier verläuft die Mutation meist so, dass ganz allmählich die Frauenstimme eintritt. Es ist ein Unterschied von nur wenigen Tönen zwischen der Stimme des Mädchens und der Frau, während bei Knaben die Differenz gegen den Mann gross ist. Das demonstrirte Mädchen zeigt überdies die sehr seltene Erscheinung des „Stimmbruchs“. Das Umschlagen der Stimme resultirt aus dem Widerstreit zwischen dem M. vocalis und thyreocricoideus. Hebt man durch leichten Druck auf letzteren Muskel die Wirkung desselben auf, so wird — was Verf. demonstrirt — unmittelbar eine ziemlich gleichmässige, tiefe Stimme hervorgerufen, welche sogleich überschnappt, wenn man mit dem Drucke nachlässt.

A. Bruck demonstrirt einen Patienten mit einer Zerreissung und Subluxation des Meniscus des linken Kiefergelenks, hervorgerufen durch überstarkes Aufreissen des Mundes beim Schreien. Es stellt sich ein lautes, knackendes Geräusch ein, welches leiser wird, sobald der Unterkiefer ein wenig nach der gesunden Seite gerichtet wird. Das weite Oeffnen des Mundes ist behindert.

Weingaertner zeigt mehrere Röntgenbilder von Patienten mit Oesophagus-Carcinom (wovon bei einem eine doppelseitige Recurrenslähmung vorhanden war), welche in den Bronchialbaum übergetretenes Bismuth aufweisen.

Jacques Joseph demonstrirt eine Patientin, an der er eine totale Rhinoplastik gemacht und zwar nicht bloss die Haut und Schleimhaut ersetzt, sondern auch ein Nasengerüst mit vollem Erfolge eingesetzt hat. Der Defect war durch Lupus entstanden und umfasste die ganze untere Hälfte der Nase einschliesslich des Septum (Todtenkopfnase). Der Fall wird durch 17 Lichtbilder, darstellend den Zustand vor, während und nach der Behandlung, klar gelegt. Das Verfahren bestand zunächst in einer Hautüberpflanzung aus dem Arm nach der italienischen von J. modificirten Methode. Der Schnitt am Arm hat, abweichend von der Schnittführung Tagliacozzi's u. A. bei erhobenem Arm die Form eines Ohres, bei gesenktem Arm die Gestalt einer eckigen Sechs. Die Ernährungsbrücke liegt central, worauf J. Gewicht legt. Der Verband ist ein einfacher Stärkeverband und umfasst den Kopf und nur den Oberarm, während Rumpf, Vorderarm und Hand völlig frei bleiben. Das Nasengerüst bildete J. in Form eines vollen Profilskeletts durch Transplantation von zwei der vorderen Tibiakante entnommenen Knochenstücken. Das eine etwa 5 cm lange Knochenstück transplantirte er unter die bereits auf das Gesicht überpflanzte und dort angeheilte Armhaut, das zweite ca. 3 cm lange für das Septum bestimmte Knochenstück pflanzte er zunächst in die Oberlippe ein

(ein Septum ist in diesem Stadium noch nicht vorhanden), kantete es dann mitsammt der bedeckenden Oberlippenhaut nach der Richtung der Nasenspitze um und vernähte die Oberlippenhaut mit dem vorher angefrischten Nasenstumpf. Auch dieses Verfahren wird an während der Operation aufgenommenen Bildern demonstrirt, ebenso wie die Röntgenbilder, welche das tibiale Septum in der Oberlippe und an seiner richtigen Stelle zeigen. Die weitere Behandlung bestand in der genaueren Formung der Nase durch entsprechende Excisionen und kleinere Weichtheilüberpflanzungen. Ferner zeigt J. eine Anzahl Lichtbilder von 3 weiteren mit Erfolg behandelten Fällen totaler Rhinoplastik bei Defecten, welche entstanden waren durch Lues, durch Exstirpation eines Cavernoms und durch Lupus. Ausserdem stellt J. einen jungen Mann vor, dessen rechte Nasenhälfte einen Knochen- und Knorpelhöcker aufgewiesen hatte, der durch einfache intranasale Absägung mittelst Messer und Säge beseitigt worden ist.

Stephan demonstrirt einen 17 jährigen Patienten, der wegen Diphtherie im 3. Lebensjahre tracheotomirt, andauernd die Canüle tragen musste. Die Haut in der Umgebung des Trachealdefekts war narbig verdickt und das Lumen des Larynx stark stenosirt. Durch Laryngofissur und längere Tamponade des Larynx zur Beseitigung der Stenose ist ein gutes Resultat erzielt. Pat. spricht mit Taschenbandsprache, da die Stimmlippen zerstört waren.

H. J. Wolff demonstrirt eine Lampe für das Brünings'sche Elektroskop, die ein weit stärkeres Licht giebt als die Brünings'sche. An Stelle der gekreuzten 3 Metallfäden sind 3 kleine geschwärzte Metalldrahtspiralen angebracht.

Edmund Meyer demonstrirt ein Röntgenbild, darstellend gichtische Ablagerungen in beiden Cricoarytänoidgelenken bei einer mit allgemeiner Gicht behafteten 55 jährigen Frau.

Weski spricht über Kiefercysten im Röntgen- und mikroskopischen Bilde. Er zieht nur die Zahnwurzelcysten als die häufigste Form in Betracht und betont die Wichtigkeit ihres röntgenologischen Nachweises für den Rhinologen. Die an den Wurzelspitzen „pulpatodter" Zähne sich findenden bindegewebigen Neubildungen und die daraus sich entwickelnden Epithelialcysten sind öfter als vermuthet wird und die versteckte Ursache langwieriger Empyeme. W. demonstrirt an zahlreichen Röntgenbildern und Mikrophotogrammen — gewonnen von Leichenkiefern — die allmähliche Entwickelung der Wurzelcysten und unterscheidet folgende Etappen: 1. Eitriger Zerfall der Zahnpulpa oder Pulpagangrän. 2. Entstehung einer bindegewebigen Neubildung „Granulom" an der Wurzelspitze. 3. Abscessbildung oder Auftreten von Degenerationsperlen im Granulom. 4. Auskleidung derselben durch wuchernde Epithelien, Entstehung der Muttercyste. 5. Bildung von Tochtercysten. 6. Wachsthum der Muttercyste mit Einbeziehung der Tochtercysten. 7. Weiteres Wachsthum der Cyste von einem oder mehreren Wachsthumscentren aus.

Grabower.

---

d) XVII. Internationaler Medicinischer Congress zu London, vom 6. bis 12. August 1913.

XV. Section Rhinologie und Laryngologie.

(Fortsetzung und Schluss.)

Sitzung vom 9. August.

Burger (Amsterdam). Berichterstatter: Die Indicationen für die Tonsillektomie und die Tonsillotomie und ihre relativen Werthe.

Der Berichterstatter hat seinen Bericht in 40 Thesen zusammengefasst, die ohne jedes rhetorische Beiwerk die persönlichen Ideen Burger's enthalten. Wir erwähnen nur, was weniger bekannt sein dürfte oder dem Berichterstatter als besonders subjective Ansicht des Referenten erscheint: Die physiologische Function der Mandeln ist uns unbekannt. Es ist nicht bewiesen, dass man die Tonsillen, namentlich in der Jugend, ohne Schaden ganz entfernen kann. Man muss energisch die Meinung bekämpfen, wonach die Tonsillen unnöthig, ja schädliche Organe sind. Die Hypertrophie der Rachenmandel ist klinisch wichtiger wie die der Gaumenmandel. Eine Gaumenmandel kann tief bis in ihre Basis inficirt sein, ohne dass dies durch die Inspection zu erkennen ist. Unter allen Infectionen des Gesammtorganismus, die von den Mandeln herrühren sollen, ist der Gelenkrheumatismus die am sichersten nachgewiesene Infection. Die Behandlung der chronischen Amygdalitis mit Ausspülung der Lacunen hat sichere Resultate gegeben. Hingegen ist die Discisionsmethode und die Compressionsmethode wenig empfehlenswerth. Das Tonsillotom (Guillotine) setzt keine grösseren Blutungen, wie die anderen Methoden. Die Tonsillektomie ist technisch schwieriger und für den Patienten gefährlicher als die Tonsillotomie. Die Zahl der schweren Blutungen nach Tonsillektomie ist grösser als aus der Literatur ersichtlich. Die grössere Gefahr bei Tonsillektomie ist durch die allgemeine Anästhesie gegeben. Auch die beiderseitige Tonsillektomie schützt nicht vor einer späteren Entzündung des Rachens. Bei Sängern kann die Tonsillektomie schädlich sein. Die Indicationen der Tonsillektomie sind: 1. beim Erwachsenen die recidivirenden Anginen und Halsabscesse, namentlich wenn sie Rheumatismus, Appendicitis, Nephritis zum Gefolge haben; beim Kinde hat diese Indication nur Bedeutung, wenn die Tonsillotomie nicht möglich ist (eingebettete Mandeln); 2. beim Erwachsenen und bei einfacher chronischer Tonsillitis, wenn die Tonsillotomie nicht ausführbar ist; 3. bei Tuberculose, malignen Tumoren; 4. bei benignen Tumoren der Mandel, wenn die Abtragung des Tumors schwierig ist; 5. bei recidivirender Lues der Mandeln; 6. bei schwerer Angina Vincenti. Die letzteren Indicationen sind nur relative Indicationen.

J. L. Goodale (Boston). Berichterstatter: Dasselbe Thema.

Der Berichterstatter zeigt an einigen Beispielen, dass die totale Entfernung der Mandeln vom Organismus ohne Schaden vertragen wird. Weshalb macht man dann nicht immer die Tonsillektomie? Hierauf antwortet G., dass bei der Tonsill-

ektomie folgende Punkte zu berücksichtigen sind: 1. das Operationstrauma, 2. die septischen Complicationen, 3. die Blutung, 4. die Aenderung in den anatomischen Verhältnissen nach der Operation.

Was das Operationstrauma anlangt, so ist hierfür die befolgte Technik von ausschlaggebender Bedeutung. Goodale giebt die von ihm befolgte Technik an: Morphium und Atropininjection, je nach Alter des Patienten, auch bei Kindern, hierauf Lachgas und Aethernarkose, jedoch bis zum Erhaltenbleiben des Hustenreflexes. Zur Operation verwendet G. ein scharfes Tenotom, mit dem er die Mandel von den Gaumenbögen ablöst. Zum Schluss wird die Mandel vom unteren Pol mit der Schlinge entfernt.

Die septischen Complicationen sind nach Tonsillektomie häufiger, als nach einfacher Tonsillotomie. Das ist schon dadurch bedingt, dass das Trauma nach Tonsillektomie immer grösser ist, als nach Tonsillotomie, ferner aber auch dadurch, dass wir für die Tonsillektomie hauptsächlich die Fälle von inficirten Mandeln bewahren, während die einfachen Hypertrophien mit Tonsillotomie behandelt werden.

Die Blutungen sind nach Tonsillektomie stärker und unvergleichlich häufiger, als nach Tonsillotomie. In den letzten 6 Jahren, in denen G. fast ausschliesslich nur Tonsillektomie macht, hat er zehn lebensgefährliche Blutungen erlebt, die sämmtlich die Gaumennaht erforderten. Unsere therapeutischen Mittel reichen aus, um die Blutungsgefahr nicht besonders hoch als Gegengrund gegen die Tonsillektomie berücksichtigen zu dürfen.

Anatomische Veränderungen sind nach der Tonsillotomie natürlich wenig oder gar nicht vorhanden. Entstellungen, Narbenbildungen etc. sind nach Tonsillektomien, die von kundigen Händen ausgeführt werden, Seltenheiten. Es ist also die Technik in diesem Punkte ebenfalls wichtiger, als die Operation.

Unter welchen Umständen hat also der Patient grössere Vortheile von der Tonsillektomie, als von der Tonsillotomie? Die einfache Hyperplasie der Mandel indicirt die Tonsillektomie nur dann, wenn der Operateur im Tonsillektomiren sehr bewandert ist, dann sind aber auch die Nachtheile der Tonsillektomie so gut wie nicht vorhanden. Bei der einfachen chronischen Tonsillitis können conservative Methoden versucht werden, oft wird erst aber vollständige Heilung nur durch die Totalexstirpation der Mandel erzielt werden. Die allgemeinen Infectionen, z. B. Rheumatismus, lassen nur die Tonsillektomie als causale Behandlungsweise zu. Bei Nephritis und Endocarditis hat sich G. von der heilenden Wirkung der Tonsillektomie nicht überzeugen können. Gegen die wiederholten Anginen und Rachenentzündungen giebt die Tonsillektomie nicht immer definitiven Schutz, jedoch immerhin grösseren, als die einfache Tonsillotomie.

Der Berichterstatter behandelt zum Schluss noch zwei praktisch wichtige Fragen. Soll man die Adenoiden und die Gaumenmandeln immer in einer Sitzung abtragen? Für G. ist das Vorhandensein einer Otitis von Wichtigkeit. Wenn eine solche besteht und das Kind über 3—4 Jahre alt ist, räth G. entschieden zur radicalen Entfernung der Adenoiden und der Mandeln. Nur so wird ein günstiger Effect auf die Otitis zu erwarten sein.

Wie soll man sich bei Mandeloperation Sängern gegenüber verhalten? Keine Tonsillektomie, wenn man nicht ganz sicher die Technik beherrscht und auch dann nur bei strenger Indication tonsillektomiren, nachdem man dem Sänger die möglichen Gefahren auseinandergesetzt hat und dem Patienten jedes mögliche Risico hinsichtlich der Stimmschädigung mitgetheilt hat.

Discussion:

Jacques ist für die Tonsillectomie auch bei Kindern unter allen Umständen. Er hält es für nothwendig, die Abtragung der Mandeln ebenso radical zu machen, wie die der Adenoiden. Die Gaumenmandeln spielen nach J. keine Rolle im Organismus, wenigstens hat noch niemand eine solche einwandsfrei nachweisen können. Er giebt zu, dass die Totalexstirpation der Mandeln eine ernste Operation ist und Eltern und praktische Aerzte darüber aufgeklärt werden müssen. Er beschreibt seine Technik. Glühschlinge zu wiederholten Malen in einer Sitzung so lange, bis die Mandelnischen ganz ausgeräumt sind.

Davis resumirt die Statistik eines grossen Londoner Spitals und kommt zum Schlusse, dass die Totalexstirpation der Mandeln die einzig logische Operation ist.

Trétrôp macht die Totalexstirpation nur bei Erwachsenen, wenn die Mandeln eingebettet sind. Die Totalexstirpation der Mandeln ist eine schöne Errungenschaft unserer Specialität. Er weist auf die Reflexstörungen hin, die von der Mandel ausgehen können, wie z. B. chronische Verdichtung der Lungenspitzen, die nach Mandelexstirpation in einigen Fällen verschwunden ist.

O'Malley ist ein Anhänger der Tonsillektomie. Vom chirurgischen Standpunkt kann man die Tonsillektomie nur eine unvollkommene Operation nennen.

Whale ist für die Tonsillotomie, trotzdem derselben Gefahren innewohnen. Diese Gefahren kommen zumeist vom hinteren Gaumenbogen her.

Faulder zieht einen Vergleich mit der Appendicitisbehandlung. Nur die complete Operation schützt vor Recidiven und Gefahren. Am Golden Square Hospital hat man sich davon überzeugen können, dass die Recidive 14 mal häufiger nach Tonsillotomien als nach Tonsillektomien sind.

Luc macht bei Kindern nur ausnahmsweise die Tonsillektomie. Bei Erwachsenen macht er die Tonsillektomie unter localer Anästhesie. Er beschreibt diese Technik. Es kommt ihm hauptsächlich darauf an, mit einer gekrümmten Nadel vom unteren Pol aus die Injectionsflüssigkeit in die tiefe Mandelnische zu bringen. Sonst ist seine Technik die bekannte. Diese Anästhesie ist für Luc wichtig, weil er sie benützt, um systematisch bei Erwachsenen nach jeder Tonsillektomie die Gaumenbögen zu vernähen. Dies ist für Luc die beste Prophylaxis gegen secundäre Blutung.

Kylens hat schwer an Rheumatismus gelitten und ist er definitiv nach Tonsillektomie hiervon befreit worden. Er tonsillektomirt unter Chloräthylnarkose mittels Guillotine.

J. Horne findet, dass man zuerst über die Function der Mandeln einig sein müsse, bevor man über den relativen Werth der Tonsillektomie und Tonsillotomie

discutire. Für einige Specialisten scheint die Function der Mandeln darin zu bestehen, dass sie ihnen Gelegenheit zu Operationen gäbe. In 10 Jahren wird man vielleicht über die Mittel und Wege discutiren, um die exstirpirten Mandeln wieder zu implantiren.

St. Clair Thomson sagt, dass für ihn ein Hauptgrund, die Tonsillektomie zu machen, der ist, dass, wenn er sie nicht macht, ein College sie machen wird. Er operirt immer unter allgemeiner Anästhesie.

Herbert Tilley macht nur Tonsillektomie. Er lässt zwei gewaltige Mandeln circuliren, die von einem Kinde stammen, dem vorher schon dreimal „die Mandeln geschnitten" worden waren. H. T. hat endlich die Totalexstirpation ausgeführt und seither trat kein Recidiv mehr auf.

Syme sagt, dass man entweder die Tonsillektomie machen müsse oder garnichts. Er operirt unter Chloräthyl und mit der kalten Schlinge. Die verschiedenen Modificationen der Guillotine gestatten nicht, radical zu operiren. (Widerspruch!)

Broeckaert sieht nicht ein, weshalb er die Tonsillotomie, die sich ihm bisher immer bewährt hat, aufgeben soll.

Kelson hat ebenfalls mit der Tonsillotomie gute Resultate gehabt.

Ino Kubo ist eclectisch und macht die Tonsillektomie nur bei Erwachsenen und zwar wegen recidivirender Tonsillitis und primären Tumoren. In einem Falle hat er bei einem Kinde die Albuminurie nach Tonsillotomie zurückgehen sehen. Die Eltern wollten die Erlaubnis zur Totalexstirpation nicht geben.

Watson Williams würde nicht gerne bei Kindern eine Tonsillektomie machen. Er glaubt, dass die Mandeln eine Abwehrfunction haben, namentlich gegen die Tuberculose.

Waggett glaubt, dass man die Discussion zusammenfassen kann in die Frage: Wie viel darf man vom erkrankten Mandelgewebe zurücklassen? Er ist persönlich ein Freund der Tonsillektomie.

Sobernheim geht des Näheren auf die Tuberculose als Indication für die Tonsillektomie ein. Bei primärer Tuberculose der Mandeln, ferner in Fällen von tonsillärer Dysphagie, ist die Totalexstirpation angezeigt. Was die Recidive der Peritonsillitis und einfacher Angina anlangt, so hat Sobernheim Fälle gesehen, bei denen in den anfallsfreien Perioden überhaupt kein Tonsillärgewebe für Operationszwecke vorhanden war. Bei Angina caseosa hat ihm das Morcellement bisher genügt. Ausser Rheumatismus hat man noch 19 andere allgemeine Krankheiten angegeben, die von den inficirten Mandeln ausgehen sollen! Er hat nach Tonsillektomie eine der schwersten Attacken von Rheumatismus auftreten sehen.

Friedrich warnt davor, sich von den praktischen Aerzten zu Operationen verleiten zu lassen, deren Indicationen nicht feststehen. Wir werden oft aufgefordert, die allerletzten Mandelreste auszurotten, und wenn die Allgemeinkrankheit, derentwegen die Mandeloperation angerathen worden ist, nicht weicht, ist man leicht geneigt, die Operation als nicht radical genug zu betrachten.

Friedrich bleibt bei Kindern ein Anhänger der Tonsillotomie und reservirt die Totalexstirpation der Mandeln nur für indicirte Fälle bei Erwachsenen.

Felix Semon, der die Ausführungen Friedrich's ins Englische übersetzt, benützt die Gelegenheit, um die englischen Collegen ebenfalls aufmerksam zu machen auf die Gefahren, die eine allzu ausgedehnte Tonsillarchirurgie mit sich bringt.

Marschick berichtet aus der Chiari'schen Klinik, dass man daselbst die Tonsillotomie auch mehr und mehr verlässt. Das Morcellement hat einigemal unangenehme Blutungen verursacht. Die Tonsillektomie hat gestattet, Abscesse zu finden, die man nicht vermuthen konnte. Die Totalexstirpation der Mandeln hat Erfolge in Fällen von Albuminurie gegeben und in 3 Fällen von einer cerebrospinalen Erkrankung, die klinisch ziemlich undeutlich war. Es handelte sich um Lähmungen verschiedener Nerven an der Hirnbasis, die nach Tonsillektomie einmal ganz geheilt und in 2 Fällen gebessert worden sind. Endlich wurden 3 Fälle von recidivirender Angina Ludovici, die stets mit einer Angina begannen, nach Tonsillektomie dauernd geheilt.

Hookey findet, dass man immer die Tonsillektomie machen würde, wenn man nur das Endresultat vor Augen hätte. Die Tonsillotomie setzt den Recidiven und Nachoperationen aus. In Amerika macht man nur die Tonsillektomie.

Halle wird bei Kindern solange die Tonsillotomie als einzig zulässige Operation erklären, solange ihm nicht bewiesen ist, dass die Mandeln keine physiologische Rolle spielen. Bei Erwachsenen macht Halle die Tonsillektomie.

Uchermann operirt mit der Guillotine und kümmert sich nicht darum, ob er Tonsillotomie oder Tonsillektomie macht, er trachtet so viel als möglich zu entfernen, ohne dem Patienten zu schaden.

Burger wendet sich energisch gegen die allgemeine Anästhesie behufs Mandelentfernung.

O. Hirsch (Wien): Die chirurgische Behandlung der Krankheiten der Hypophysis auf nasalem Wege.

Der Autor gibt zunächst eine Eintheilung der Tumoren der Hypophysis vom chirurgischen Standpunkte aus in intraselläre Tumoren, dann in solche, die aus der Sella turcica in das Endocranium hinein gewachsen sind und das Chiasma comprimiren und endlich in die cystischen Tumoren, weil diese prognostisch die besten operativen Resultate geben. Eine genaue klinische Diagnose ist vor der Operation meistens nicht möglich. An der Hand von Projectionsbildern gibt Hirsch dann einen Ueberblick über die von den verschiedenen Operateuren ausgeübten Operationen, wobei er die nur an Thieren gemachten Zugänge zur Hypophysis ausser Acht lässt. Endlich lässt er eine Statistik der verschiedenen Operationsmethoden projiciren, aus der hervorgeht, dass die von Hirsch inaugurirte intranasale Operationsmethode die geringste Mortalität aufweist (37 Operationen mit 5 Todesfällen = 13,6 pCt. Mortalität.) Ihr zunächst kommt die fast ähnliche Operation von Cushing (13,7 pCt. Mortalität). Die grosschirurgischen Methoden ergeben: Schloffer (34,7 pCt.), Horsley (41 pCt.) Mortalität. Was die Heilungsresultate

nach der Hirsch'schen Methode anlangt, so sind je ein Fall von Spiess und Holmgren, die anderen alle von Hirsch operirt worden. Es handelte sich in den 5 Todesfällen 4mal um ausgedehnte maligne Tumoren. Vier Patienten sind nicht gebessert worden, bei 4 Patienten sind auf einige Monate die Beschwerden erleichtert worden. Von den 21 übrigen Patienten, von denen einige fast total blind waren, haben einige ihre Beschäftigung wieder aufnehmen können. Zum Schluss demonstrirt Hirsch 3 von ihm operirte Patienten, von denen eine Pat. bereits 3 Jahre geheilt ist.

Discussion:

H. Cushing hat Gelegenheit gehabt, viele Hypophysisfälle zu untersuchen. Thatsächlich sind diese Krankheiten nicht selten, nur muss man sich gewöhnen, sie zu erkennen. Er will auf die Klinik dieser Krankheiten nicht des Näheren eingehen, möchte nur bemerken, dass die operativen Resultate immer unbestimmt bleiben werden, da die Prognose von einer Fülle von Umständen abhängt, Natur und Nachbarschaft dieser Tumoren, anderen endokraniellen Störungen, die gleichzeitig mit bestehen, Hirnstörungen usw.

W. Hill hat einen Fall nach Hirsch operirt. Es handelte sich um einen weit vorgeschrittenen Fall. Die Operation nach Hirsch erscheint ihm leicht für einen Rhinologen.

Broeckaert macht auf den von ihm vorgeschlagenen Weg aufmerksam.

L. Polyák (Budapest): Die intranasale Dakryocystostomie.

Die Idee und deren Verwirklichung, zwischen Thränensack und Nase eine intranasale breite Communication herzustellen, gehört Vortragendem. Strazza hat nur einen misslungenen Versuch gemacht und die intranasale Operation aufgegeben und West hat die Anregung zu seiner Sackoperation — welche übrigens nur selten zur vollständigen Entfernung der nasalen Sackwand geeignet ist — aus der ersten Publication des Vortragenden geschöpft. Polyák's Technik besteht aus der Bildung eines Schleimhautperiostlappens, wie ihn Halle zuerst angab, nur wird dieser Lappen nicht beibehalten. Stirnfortsatz des Oberkiefers und Thränenbein werden theils mit dem Meissel, theils mit Verfassers Knochenstanzen breit eröffnet, der Thränensack, dessen Sondirung überflüssig und zuweilen nachtheilig ist, durch Druck von aussen (Gegendruck) durch die Knochenöffnung in die Nase gedrückt und seine ganze nasale Wand bis zur Kuppel, bei Ektasien sogar Theile der facialen Wand mit dem Messer und feinen, scharfen Hartmann'schen Conchotomen entfernt. Bis jetzt sind 42 Fälle, darunter 3 bilateral, in einer Sitzung operirt worden, davon heilten 34. Von den übrigen Fällen muss 3mal die Operation wiederholt werden und in 5 Fällen ist wegen Eversion der Thränenpunkte eine augenärztliche Nachbehandlung nothwendig. Die Fälle betrafen Dakryocystitis purulenta mit und ohne Ektasie, darunter einige mit Fistelbildung, einen Fall von Tuberculose des Sackes (anscheinend geheilt), Stillicidium lacrymale und es wurden auch 2 Fälle von Saccusexstirpation operirt und in dem einen die Herstellung der vollen physiologischen Function und Sistirung der Eiterung erzielt, der zweite Fall wesentlich gebessert und soll nochmals operirt werden.

Dieser Operationsweg ist auch zur Entfernung der ganzen Orbitalwand, zur Eröffnung und Drainirung von zwischen Auge und Nase liegenden Orbitalabscessen und zur Resection der Nn. ethmoidales zu gebrauchen.

Discussion:

Halle hat die von West und Polyák vorgeschlagenen Ideen benutzt, um eine ähnliche Operation auszuführen. Siehe Berl. laryngol. Gesellschaft.

Westmacott (Manchester): Chronische Hyperplasie des Oberkiefers.

Westmacott beschreibt eine seltene Form einseitiger Oberkieferhyperplasie, die die Characteristica des embryonalen Knochentypus darstellt und an eine Umkehrung des Processes bei der Bildung der normalen Oberkieferhöhle denken lässt. Er verfügt über 8 Fälle, im Laufe von 10 Jahren, von denen 4 sorgfältig histologisch untersucht sind. 7 Fälle betrafen Frauen, 1 einen Mann, 6 waren linksseitig, 2 rechtsseitig, das Alter war von 17—30 Jahren. Von der Leontiasis ossea unterschied sich die Krankheit dadurch, dass sie einseitig war. Die ersten Zeichen von Deformität wurden am Alveolarfortsatz bemerkt, der erheblich breiter wurde und von dessen Aussenseite sie allmählich nach oben sich erstreckte, zuerst die Oberkieferhöhle, dann die Fossa canina ausfüllte und dann nach unten zu gegen den Orbitalrand vorrückte. Niemals wurde eine Verengung der Nasenhöhlen oder der Orbitalhöhle herbeigeführt. Das Wachsthum des Knochens ging langsam vor sich; es bestand 18 Monate bis 5 Jahre, bevor die Patienten in Behandlung kamen. Sie klagten gewöhnlich über eine Art Zahnschmerz und Unbequemlichkeit beim Kauen. Gewöhnlich fanden sich cariöse Zähne auf der afficirten Seite und ihnen schreibt W. in Folge mechanischer Irritation und Sepsis den Ursprung der Erkrankung zu. Die den Knochen bedeckende Schleimhaut war in allen Fällen normal. Bei Durchleuchtung ergab sich tiefer Schatten. Die operative Maassnahme bestand in Fortnahme des neugebildeten Knochens mittels des Meissels; beim Schneiden hatte der Knochen die Consistenz einer rohen Kartoffel. Tamponade der entstandenen Höhle nur bis zu der gewöhnlich in 3—4 Wochen erfolgenden Heilung. Tragen eines Hartgummiobturators. In keinem Fall Recidiv.

Die mikroskopische Untersuchung ergab gutgebildeten Knochen, mit einer Schicht aktiv wuchernder Osteoblasten, zwischen denen einige Osteoklasten waren. Dazu reichliche Gefässversorgung und zahlreiche Bindegewebszellen mit ungewöhnlichem Protoplasmareichthum. Keinerlei Zeichen von Infiltration. Es schien sich um eine einfache Hyperplasie zu handeln.

Dewatripont (Brüssel): Ueber die bakteriologischen und histologischen Beziehungen der Nasenkrankheiten und den Erkrankungen der Thränenwege.

Der Autor hat mehr vom ophthalmologischen als rhinologischen Standpunkte eine sehr ausführliche, grossangelegte Arbeit im Congress zur Vorlesung gebracht, die sich zu einer genauen Analyse nicht eignet. D. wünscht eine eigene neue Classification der Erkrankungen des Thränensackes.

Citelli (Catania): 1. Ein neues wirksames Verfahren zur Heilung der Aphonia hysterica.

Das Verfahren, mittels welchem C. bisher in 4 Fällen sofort in der ersten Sitzung ein ausgezeichnetes Resultat erzielte, besteht darin, dass er zur Rechten des Patienten stehend — ohne dass letzterer sich etwas versieht — mit der linken Hand dessen Nacken umfasst und mit dem Daumen und Zeigefinger der rechten Hand fest die Seitenwände des Kehlkopfes zusammendrückt, so dass es schmerzt, und wenn dies nicht genügt, auch brüske seitliche Stösse auf den Kehlkopf ausübt. Während der Patient noch erschreckt ist, legt ihm der Arzt rasch hinter einander Fragen vor („Wie geht es?“, „Was fühlen Sie?“). Die Patienten vergessen ihren Hemmungszustand und antworten prompt.

2. Das Pituitrin bei postoperativen und spontanen Blutungen der Luftwege.

C. hat das Extract der Glandula pituitaria bei zahlreichen Patienten und zwar in folgenden Fällen angewandt: Resection der Nasenmuscheln, Polypenoperationen, Tonsillektomien, Nebenhöhlenoperationen, spontanem Nasenbluten, Hämoptoe, hämorrhagischer Diathese etc. Die Resultate waren mehr oder minder ausgezeichnet, jedenfalls den bei Anwendung der sonst üblichen Vasoconstrictoren überlegen. C. räth daher, das Mittel auch vor operativen Eingriffen einzuspritzen; er hat innerhalb 24 Stunden subcutan und intramusculär bis 3 ccm davon injicirt, ohne irgend welchen Schaden zu sehen. Oft genügt aber 1 ccm; er räth, dieses $^1/_4$ Stunde vor der Operation zu injiciren.

Sitzung vom 11. August.

Goodall (London) und Delseaux (Brüssel). Referenten:

Die specielle Behandlung des Halses, der Nase und des Ohres während der activen Stadien gewisser infectiöser fieberhafter Erkrankungen, namentlich Scharlach, Masern, Rötheln, Mumps, Influenza, Abdominaltyphus, Keuchhusten, Pocken, Genickstarre, Poliomyelitis, Meningitis cerebrospinalis, Erysipel (mit Ausnahme der Diphtherie).

Diese beiden Berichte und die darauf folgende Discussion fanden zusammen mit der otologischen Section unter Vorsitz des Präsidenten der letzteren statt. Wir entnehmen nur, was vom rhino-laryngologischen Standpunkte aus interessirt.

Delseaux giebt nur einen summarischen Ueberblick über die nöthigsten Maassregeln, die Prophylaxis und Hygiene der Mundhöhle und der Nase betreffend. Er empfiehlt das Milchsäureferment, in einem der vielen Präparate, namentlich bei Angina.

Für Priessnitzumschläge ist Wasser mit 20 pCt. Glycerinzusatz angezeigt, um das rasche Verdunsten zu verhindern. Die Nasendouchen werden von D. nicht vollständig perhorrescirt, jedoch zieht er ihnen einfache Borvaselinesalben vor. D. meint, dass man wenig am Kehlkopf und tiefer zu behandeln haben wird, je besser man sich um die Nase und den Rachen gekümmert hat. Nöthigenfalls muss

man zu Kehlkopfberieselungen greifen, unter Leitung des Spiegels, ja sogar bei Typhösen z. B. auf endoskopischem Wege.

Zum Schluss fasst D. seine Wünsche dahin zusammen, dass die im Verlauf der exanthematischen Fieber und der Infectionskrankheiten auftretenden oder sie complicirenden Hals-Nasen-Ohrenaffectionen von Specialärzten behandelt werden und dass besondere prophylaktische Maassnahmen getroffen werden sollten, um eine Ausbreitung der Infectionskrankheiten auf Hals, Nase und Luftwege zu verhüten.

Correferent E. W. Goodall giebt zunächst eine Uebersicht über die bei den in Frage kommenden Infektionskrankheiten vorkommenden Complicationen Seitens Hals, Nase und Ohr und über die temporären oder bleibenden Veränderungen, die dadurch in diesen Organen entstehen. G. beschäftigt sich besonders eingehend mit der Otitis media bei Scharlach und Masern.

Was die Behandlung bei einfacher localer Entzündung betrifft, so scheint dem Referenten die beste locale Maassnahme für Nase und Rachen in Ausspülungen mittels eines Doucheapparates zu bestehen und zwar mit einer alkalischen Flüssigkeit. Ist Geschwürsbildung vorhanden, so soll das Geschwür mit einer antiseptischen, aber nicht reizenden Flüssigkeit bepinselt werden, und zwar einer Sublimatlösung (1 : 2000). So lange die Entzündung sehr stark ist und Schmerzen bestehen, ist das Pinseln dem Ausspritzen oder Douchen vorzuziehen. In Fällen, wo Rachen und Nase nicht betheiligt sind, ist eine Localbehandlung unnöthig.

Bezüglich der Allgemeinbehandlung bespricht G. besonders die Serum- und Vaccinetherapie bei Scharlach. Er knüpft an die Anwendung einer autogenen Vaccine bei den nach Infectionskrankheiten persistirenden Otorrhöen und Rhinorrhöen gewisse Hoffnungen.

G. warnt davor, adenoide Vegetationen und Tonsillen zu früh in der Scharlachreconvalescenz zu operiren; die Operation sollte frühestens 8 Wochen nach dem acuten Anfall gemacht werden.

Discussion:

Cheatle ist entschieden gegen die Nasenspülungen. Seine Hauptbemerkung richtet sich aber gegen die Ideen Goodale's über die Ohrcomplication im Verlaufe der Infectionskrankheiten.

J. Horne verlangt, dass an allen Spitälern für Infectionskrankheiten ein Specialist für Nasen-Ohrenkrankheiten angestellt werden möge.

Tilley empfiehlt einen Nasenspray von 2 proc. Cocain, der allen Anforderungen genügt und die beste Prophylaxis für Ohrencomplication darstellt.

Scott empfiehlt ebenfalls den Cocainspray und warnt vor jeder allzugeschäftigen Behandlung der Nase und des Rachens, da diese erst die schweren Ohrencomplicationen auszulösen vermögen.

Watson Williams widerräth sowohl die Nasenspülung als auch den Cocainspray. Er bemerkt ausserdem, dass er oft Gelegenheit habe, die Intubation im Verlaufe der Infectionskrankheiten auszuführen.

Harmer widerräth die Adenotomie im Verlaufe von Infectionskrankheiten. Er berichtet über drei günstige Fälle von Vaccinetherapie.

Smith empfiehlt Cocaineinträufelung in 1 proc. öliger Lösung in die Nase.

Koenig empfiehlt das Lacteol.

Pick empfiehlt Atropin.

Dundas Grant widerräth den Gebrauch des Cocain und empfiehlt das Anästhesin.

Jacques widerräth den Gebrauch von Wasserstoffsuperoxyd als Gurgelmittel.

Delseaux kann sich nicht damit befreunden, Cocain (Adrenalin) dem Patienten und seiner Umgebung zum freien Gebrauch zu überlassen. Auch will er nicht die Nasendouchen ganz aus dem therapeutischen Arsenal verbannt wissen. In vielen Fällen leisten diese Douchen ganz Ausgezeichnetes. Jeder ernste Fall von Infectionskrankheit muss von einem Otorhinologen behandelt werden. Er stellt daher den Wunsch, dass an jedem Spital für Infectionskrankheit ein Oto-Rhino-Laryngologe angestellt werden möge. Auch von englischer Seite geht ein solcher Wunsch ans Präsidium ein, so dass der von St. Clair Thomson zur Berathung formulirte Wunsch einstimmig von den vereinigten XV. und XVI. Sectionen angenommen wird.

De Santi (London) Referat: Die Pathologie der verschiedenen acuten Entzündungen des Halses und des Rachens, inbegriffen acutes Oedem, Phlegmone und Erysipel des Pharynx und des Larynx, Angina Ludovici mit Ausschluss der Diphtherie.

Im Jahre 1895 hat Felix Semon zuerst nachgewiesen, dass die obgenannten Erkrankungen in pathologischer Beziehung eine einzige Krankheitsform darstellen. De Santi hat 1903 diese Idee wieder aufgenommen und vier Krankengeschichten als Beleg hierfür erbracht. Heute bringt de Santi vier neue Krankengeschichten, die er ziemlich cursorisch mittheilt. Es handelte sich immer um jugendliche Individuen, die von ihrer Krankheit im besten Wohlsein ergriffen worden sind, jedoch gehörten sie nicht, wie die Fälle Semon's, sämmtlich den wohlhabenden Ständen an, sondern 5 derselben sind Spitalsfälle. In allen Fällen war der Streptococcus nachzuweisen. Die meisten wurden mit polyvalentem Serum, einer mit Autovaccine gleichzeitig behandelt. Bis auf einen Fall, der sich der Beobachtung entzog, heilten sämmtliche Fälle. Zum Schlusse seiner Ausführungen giebt Santi Mittheilung über Bereitung und Anwendung der Vaccinotherapie.

Kuttner (Berlin) Correferent. Für den am Erscheinen verhinderten Referenten liest Sir Felix Semon ein Résumé des Referates vor. Dieses wird in Fränkel's Archiv für Laryngologie veröffentlicht.

Discussion:

Sir Felix Semon weist darauf hin, dass diese Frage heute noch nicht in allen Lehrbüchern derart behandelt ist, wie sie es verdient. Vom bakteriologischen Standpunkte ist eine Eintheilung ebenso wenig möglich, wie vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus, wie es Kuttner versucht. Die Krankheit geht

sehr rasch vor sich. In einigen Stunden kann ein sonst kräftiger Mensch in höchster Lebensgefahr sich befinden. Die Fälle sind ungemein selten und viele, sehr beschäftigte Laryngologen können vielleicht in ihrer ganzen Laufbahn nicht ein einziges Mal eine Form zu Gesichte bekommen. Die Erkrankungsform hängt von der Virulenz und Anzahl der Mikroben und von der Widerstandskraft des Patienten ab. Semon glaubt nicht, dass man den Krankheitsprocess therapeutisch beeinflussen kann. Es ist noch das beste, ein polyvalentes Serum zu benutzen. Von dieser Krankheit verschieden ist die Pneumokokkeninfection der Mundhöhle, die Semon ebenfalls als erster beschrieben hat. Auch diese Krankheit ist selten. Sie hat schleichenden Verlauf, ohne Heilungstendenz, ohne Fieber, ohne Drüsenschwellung. Die Krankheit ist schmerzhaft.

Harmer giebt seine Erfahrungen über die Vaccinotherapie wieder.

St. Clair Thomson berichtet über den Verlauf solcher Fälle. Der Tod tritt gewöhnlich durch Herzschwäche ein.

Goodale glaubt, dass Zahncaries Ursache dieser Erkrankungen ist.

Finder hat 6 Fälle beobachtet. Fünf der Fälle sind tracheotomirt worden und sind gestorben, der sechste ist geheilt nach Anwendung eines polyvalenten Serums.

Herbert Tilley hat 3 Fälle gesehen.

Ino Kubo: Weitere Studien über die solitären aus den Nasennebenhöhlen entspringenden Choanalpolypen.

Seitdem K. im Jahre 1908 durch die vor der Polypenoperation vorgenommene Eröffnung der Oberkieferhöhle Killian's Auffassung über den Ursprung der solitären Choanalpolypen beweisen konnte, sind ferner eine grosse Anzahl diese Auffassung bestätigender Fälle veröffentlicht worden. Während der seitdem vergangenen 6 Jahre hat K. 36 Fälle genau untersucht; seine Erfahrungen sind folgende:

Es ist manchmal recht schwierig, den wirklichen Ursprungsort des Polypen in der Oberkieferhöhle zu bestimmen, selbst wenn man die Höhle eröffnet hat, da bald der dünne Stiel leicht zerreisst, bald die Höhle von Cysten oder Polypen ganz erfüllt ist und bald die angeschwollene Schleimhaut, besonders der medialen Wand, infolge des durch den Polypen ausgeübten Zuges in die Nebenhöhle prolabirt. Die Lange'sche Antroskopie durch ein kleines Loch in der Fossa canina ist unzureichend, eine einfache Sondirung natürlich desgleichen.

K. scheint es rationell zu sein, die Choanalpolypen je nach dem Ursprungsort einzutheilen in: Antrochoanalpolypen; Sphenochoanalpolypen und Pseudochoanalpolypen, welch letztere von irgend einer anderen Stelle der Nasenhöhle entspringen. Unter typischen Choanalpolypen versteht er Antro- und Sphenochoanalpolypen. Unter seinen 36 Fällen waren 27 Antro- oder Maxillochoanalpolypen, 3 Sphenochoanalpolypen und 6 Choanalpolypen unbestimmten Ursprungs. Bei 2 Patienten fand K. doppelseitige Antrochoanalpolypen. Die Choanalpolypen betreffen meist Individuen in jüngerem Lebensalter, auffallend häufig vor der Pubertätszeit. Ein Fall Ohno's betraf ein 7jähriges Mädchen, das schon seit dem 3. Lebensjahr an Polypen litt. Die Choanalpolypen recidiviren häufig.

Die Antrochoanalpolypen sind meist von Sinusitis maxillaris chronica begleitet, 25mal unter 36 Fällen (69 pCt.) und zwar sind die betreffenden Höhlen meist mit Cysten gefüllt. Die Ursprungsstelle findet sich der Häufigkeit nach: auf der hinteren, der unteren, der medialen, der lateralen, der oberen, der unteren Wand.

Was die Sphenochoanalpolypen betrifft, so konnte K. nachträglich in der Literatur ein paar Fälle finden, die wahrscheinlich als solche gedeutet werden müssen, so von Moure (2 Fälle), Massei (1 Fall). Diese Polypen sind meist kurz gestielt, kommen aus der Keilbeinhöhle und hängen über den unteren Ostiumrand. Diagnose gegenüber den typischen Nasenrachenfibromen manchmal sehr schwierig.

Bezüglich der Operation steht K. auf seinem früheren Standpunkt, dass der Polyp mit seinem Mutterboden in der Kiefer- resp. Keilbeinhöhle radical entfernt werden muss, wenn man Recidiven vorbeugen will. Die Polypen sind meist mit Erkrankung des betreffenden Sinus combinirt und auch bei gewöhnlichen Nasenpolypen muss man ja häufig das Siebbein oder andere Nebenhöhlen ausräumen.

Das gewöhnlich geübte Abreissen des Polypen am Stiel ist zwar bequem, aber primitiv, gelegentlich sogar gefährlich, wie K. in einem Falle erlebte, wo danach Nachts eine starke Blutung in der Höhle auftrat, die durch Nasentamponade nicht zu stillen war. Als am nächsten Tage die Höhle radical eröffnet wurde, sah man, dass durch den am Polypen bei der Abtragung ausgeübten Zug die Höhlenschleimhaut zerrissen war. Seitdem operirt K. alle Antrochoanalpolypen durch Eröffnung von der Fossa canina aus.

E. V. Segura (Buenos Ayres): Betrachtungen über die Schleimhautmykosen der oberen Luft- und Speisewege. (Die Mittheilung ist in Form einer Brochüre bei Baillière et Fils, Paris, erschienen.)

S. berichtet über 11 Beobachtungen von Sporotrichose. In einem Fall war die Uvula und ein Theil der Gaumenbögen zerstört; in einem Fall war eine Sporotrichose der Epiglottis vorhanden. Wassermann und Cutanreaction waren negativ. In allen Fällen war die Aetiologie unklar; in zwei Fällen war eine Ansteckung von Mann auf Frau sicher. In allen Fällen trat unter Jodkali in 20—30 Tagen Heilung ein. Die Existenz des Parasiten — des Sporotrichum Beurmani — nachzuweisen, gelang mit sehr geringer Ausnahme in seinen Fällen nicht. Trotzdem glaubt S. dem Einwand, dass es sich in seinen Fällen um Syphilis gehandelt habe, durch den Hinweis auf den negativen Wassermann und auf die kleine Jodkalidosis begegnen zu können, auf die eine Heilung eintrat, während zur Heilung einer Syphilis erheblich grössere Dosen nothwendig gewesen wären. S. ist davon überzeugt, dass viele als Tuberculose, Lues, Carcinom behandelte (und geheilte!) Fälle eigentlich Sporotrichosen seien.

Trétrôp (Antwerpen): Ueber die Infectionen auf nasalem Wege.

Im Anschluss an die Studien über Infection durch Pest und Diphtherie untersucht T. die Infectionsmöglichkeit durch die Nase. Er betrachfet 1. die beiden hauptsächlichsten physiologischen Schutzeinrichtungen mit ihrem anatomischen Bau, 2. die Zellenthätigkeit. Sobald im physiologischer Bau etwas schadhaft, muss

therapeutisch nachgeholfen werden, um die Infectionsmöglichkeit zu verringern. Es ist nothwendig, die Familien auf diese Störung der Function der Nase aufmerksam zu machen.

Folgende Demonstrationen fanden am Nachmittag vor Beginn der Sitzung statt:

1. Killian: Die Schwebelaryngoskopie.
Vorstellung von zwei Patienten.

2. Wm. Hill: a) Oesophagoskopie am Lebenden. b) Gastroskopie am Phantom.

3. Watson Williams: Demonstration eines Besteckes zur Punction und Ausspülung aller Nasennebenhöhlen.

4. Gyergyai: Directe Untersuchung des Nasopharynx und der Tuba Eustachii an einer Patientin.

5. St. Clair Thomson: Vorstellung einer Patientin 10 Monate nach einer wegen bösartiger Erkrankung von Oberkieferhöhle und Siebbein vorgenommenen lateralen Rhinotomie (Moure'sche Operation).

Der Tumor ging vom Siebbein aus. T. rühmt die Vortheile der Operation gegenüber der Resection des Oberkiefers. In einem anderen ebenso operirten Fall lebt Pat. 3 Jahre ohne Recidiv. T. glaubt, dass man in all diesen Fällen, soweit sie überhaupt operabel sind, auf die Oberkieferresection verzichten und mit der Moure'schen oder Rouge'schen Operation oder einer Combination beider zum Ziele komme.

6. Ino Kubo: Demonstration der meiner Angabe nach construirten Instrumente:

a) Hakennadel (Kubo) zur Nahtanlegung in tieferen Körpertheilen besonders bei Gaumennaht. Eine neue Nahtanlegungsmethode wurde demonstrirt.

b) Kubo's selbsthaltender Gaumenhaken.

c) Leicht zerlegbare Nasenspecula. (2 Formen.)

d) Leicht zerlegbare Zangen für directe Untersuchungsmethoden.

e) Tropfflaschenfasser.

f) Septummesser und Septometer für submucöse Fensterresection.

7. F. Garel (Lyon): Neuer Apparat für stereoskopische Photographie des lebenden Kehlkopfs.

G. hatte bereits vor 15 Jahren einen solchen Apparat construirt; jedoch waren die Resultate zu unsicher. Mittels des neuen Apparates ist es fast ebenso leicht, das Kehlkopfbild zu photographiren, wie eine einfache Spiegeluntersuchung zu machen. Man kann sowohl mit Sonnenlicht arbeiten, wie zu jeder Tagesstunde mit kaltem elektrischen Licht (System Dussaud) bei $^1/_2$ Secunde Expositionszeit.

Sitzung vom 12. August.

Ferreri (Rom). Berichterstatter: Die Pathologie und Behandlung bösartiger Geschwülste der Nase und des Nasenrachenraums.

Ferreri hat nur die Therapie dieser Geschwülste behandelt, darüber aber eine Monographie geschrieben, in der alles, was therapeutisch mit diesen Tumoren versucht worden ist, Erwähnung und zum Theil auch Kritik findet. Nach einem kurzen Ueberblick über die Entwickelung der chirurgischen Behandlung bespricht der Berichterstatter zunächst die physiotherapeutischen Mittel: elektrische Brenner, Elektrolyse, Fulguration, Diathermie, Radiumtherapie. Hierauf erwähnt er die serotherapeutischen Mittel, die Vaccinotherapie, die Opotherapie (Adrenaline?) und die Autolysen. Um keinen zu grossen Optimismus über die grosse Auswahl der genannten Mittel aufkommen zu lassen, erwähnt Ferreri gleich zu Beginn des nächsten Kapitels, das sich mit der Chirurgie der Tumoren beschäftigt, dass die chirurgische Behandlung bisher die besten Resultate geliefert hat. Die locale Anästhesie spielt hierbei für F. nur eine untergeordnete Rolle. Alle bekannten Operationsmethoden, auch die ältesten, werden kurz aufgezählt. Zum Schluss giebt F. einige Bemerkungen über die Prognose dieser Operationen an und beschliesst den Bericht mit Wiedergabe seiner eigenen Statistik. F. hat 65 maligne Tumoren behandelt. Davon waren 44 (67 pCt. Sarkome, 19 (29 pCt.) Carcinome, der Rest Adenome etc. Hinsichtlich des chirurgischen Erfolges zählt F. 27 Heilungen von Sarkomen (77 pCt.), 8 geheilte Krebse (42 pCt). Die Mortalität betrug 17 Sarkome (38 pCt.), 11 Krebse (57 pCt.).

Marschik (Wien) Berichterstatter: Dasselbe Thema.

In diesem äusserst knapp gehaltenen Bericht finden wir die klinischen und anatomo-pathologischen Angaben über diese Tumoren. Die Prognose ist nach Marschik äusserst ungünstig und definitive operative Heilungen erscheinen ihm Ausnahmefälle zu sein. Auf der Chiari'schen Klinik hat man im Verlaufe von 15 Jahren 60 Fälle von malignen Tumoren der Nase und deren Nebenhöhlen beobachtet. Marschik erwähnt dann kurz das wenig Sichere, das wir über die Aetiologie dieser Tumoren wissen, ferner recapitulirt er die histologischen Details. Die Tumoren des Rhinopharynx erscheinen M. noch gefährlicher als die vorhergehenden, weil diese Tumoren oft ein latentes Stadium haben, indem sie entweder keine Symptome machen oder weil die Symptome nicht recht gedeutet werden oder gedeutet werden können. Ihr Ausgangspunkt ist die laterale Pharynxwand, dort können die adenoiden Wucherungen sich auch in Lymphosarkome verwandeln. Diese Tumoren erzeugen oft Metastasen in die retropharyngealen und cervicalen Drüsen und diese Metastasen sind mitunter das erste Symptom, das auf die versteckt liegenden Tumoren hinweist. Die Digitaluntersuchung des Pharynx in zweifelhaften Fällen ist unbedingt nothwendig, mit Exeresen für Biopsie muss man aber vorsichtig sein.

Taptas (Konstantinopel): Ueber die Alkoholinjection in das Ganglion Gasseri durch das ovale Fenster. Die Injection in das Foramen rotundum magnum.

Der Autor beschreibt von Neuem die Technik, die er bereits (Presse médi-

cale, October 1911) veröffentlicht hat, die Alkoholinjection des Ganglion Gasseri betreffend. T. hat seit jener Veröffentlichung noch 5 Fälle injicirt. Diese Injectionen sind nicht ohne Nachtheile für das Auge und T. theilt zwei diesbezügliche Fälle mit. Interessanter ist für uns Rhinologen die Anästhesirung des zweiten Trigeminuastes. Hierzu ist die bekannte Technik mittels Zugangs zum Foramen rotundum folgender Massen von T. modificirt worden. Mit einer Nadel von $5^1/_2$ cm sticht er 2 cm unterhalb des Jochbogens in den halbmondförmigen Ausschnitt des Unterkiefers ein. Die Nadel wird von unten nach oben, von hinten nach vorne gegen die Basis des flügelförmigen Fortsatzes eingeführt, an dessen Vorderfläche die Nadel gleiten muss. So kommt die Nadel sicher bis zum grossen runden Loche ohne, und darauf kommt es T. an, in die Orbita einzudringen. Die einzige fausse route, die man machen kann, ist die, dass man durch das Foramen sphenopalatinum in die Nase eingeht, was gar keinen Nachtheil hat. Man entgeht diesem leichten Nachtheil, wenn man die Nadel nicht mehr als 45^0 neigt.

Koschier (Wien): Ueber die operative Behandlung des Larynxcarcinoms.

Die persönliche Statistik des Autors umfasst 74 Fälle. Davon entfallen auf Laryngofissur 21, auf halbseitige Laryngektomie 42, und auf Totalexstirpation 11 Fälle. In allen Fällen ist zweizeitig operirt worden, die Tracheotomie ist eine Woche vor der Operation gemacht worden, was K. entschieden für besser hält. Die functionellen Resultate der Hemiresection des Kehlkopfs sind so gute, dass K. sich nicht genöthigt sah, die Plastik nach Gluck zu machen. Wenn $^2/_3$ des Kehlkopfs ergriffen sind, dann ist es besser den ganzen Kehlkopf zu exstirpiren. Die Totalexstirpation ist insbesondere nöthig in den Fällen, in denen der Krebs von der Epiglottis ausgegangen ist. Die Mortalität betrug 9 Fälle (davon 1 Fall von Laryngofissur, 1 Fall von Totalexstirpation und 7 Fälle von Hemiresection). 48 Fälle sind seit über 3 Jahre operirt und am Leben, von denen 22 als definitiv geheilt betrachtet werden können.

Harris (New York): Ueber die Radiumbehandlung der multiplen Papillome des Larynx.

Der Autor berichtet über die 6 Fälle, die bisher in Amerika behandelt worden sind. Von diesen 6 Fällen ist einer vom Autor persönlich, die anderen von Freudenthal und Abbé behandelt. In allen Fällen war das Resultat ausgezeichnet, ohne jede Reaction und von definitivem Erfolg gekrönt.

Logan Turner (Edinburg) und Henry Bolton (Edinburg): Ueber 50 mit Vaccinetherapie behandelte Fälle von Rhinitis.

Redner haben eine autogene Vaccine in folgenden Fällen angewandt:

1. 18 Fälle von Nasenkatarrh, z. T. Fälle von recidivirenden „Erkältungen", sonst Fälle von chronischem mucopurulentem Katarrh. Acute Erkältungen wurden weniger häufig und weniger heftig; bei dem chronischen mucopurulenten Katarrh waren die Resultate gut.

2. 9 Fälle von eitriger Rhinitis. Die Resultate waren nicht sehr befriedigend.

3. 18 Fälle von fötider atrophischer Rhinitis (Ozaena); in 15 Fällen wurde der Bacillus mucosus ozaenae cultivirt und zwar in 9 Fällen in Reincultur. In den übrigen 5 Fällen waren Staphylokokken. Von den 18 Fällen wurden 8 durch die Vaccinetherapie nicht beeinflusst; in den restirenden 10 Fällen erfolgte zweifellose Besserung, sowohl objectiv wie subjectiv.

4. 5 Fälle von Nebenhöhleneiterung. Vaccinetherapie nützte nichts vor der Operation, war ein werthvolles Unterstützungsmittel bei der postoperativen Behandlung.

Victor Frühwald (Wien): Eine Schleimcyste des Nasenseptums mit postoperativer Hydrorrhoea nasalis.

Fall eines 28jährigen Mannes, der seit längerer Zeit an behinderter Nasenathmung leidet; vor 3 Jahren submucöse Septumresection. Rhinoscopia anterior ergiebt, dass das Vestibulum links von einer Schleimhauthypertrophie ausgefüllt ist, die von der unteren Muschel herzurühren scheint; jedoch bei der Anästhesirung bemerkt man, dass sie in Wahrheit vom Septum ausgeht. Bei dem ersten Scheerenschnitt fliesst reichlich eine bräunliche fadenziehende Flüssigkeit aus. Histologische Untersuchung: Chronisch entzündliche, stark ödematös aufgelockerte und infiltrirte Schleimhaut, scheinbar ohne Besonderheiten. Inmitten dieses ödematös aufgelockerten Bindegewebes findet sich ein ziemlich dickes Nervenstämmchen, welches eine ganz eigenartige durch Flüssigkeitsdurchtränkung bedingte Auflockerung seiner Elemente, insbesondere auch in seinen peripheren Antheilen erkennen lässt, wie auch eine Trennung des Nervengewebes vom umscheidenden Zwischengewebe durch Flüssigkeitsansammlung in spaltförmiger Erstreckung. Die Oberfläche (ausser durch Manipulation) unverändert. Ein zweites Stückchen, welches etwa der Umgrenzung eines Hohlraumes entspricht, besteht aus ziemlich derbem, fibrösem Gewebe und zeigt an seiner Oberfläche ein dichtes Lager von Capillaren und Präcapillaren, stellenweise Gruppen von grossen Zellen, die den Eindruck von Phagocyten machen, deren Protoplasma von Erythrocyten vollgefüllt ist.

Kurze Zeit nach der Operation bemerkt der Patient, dass ihm aus dem linken Nasenloch ununterbrochen fast klare Flüssigkeit ausfliesst, die in Eprouvetten aufgefangen, ca. 300 ccm in 24 Stunden beträgt. Die Vermuthung, dass es sich möglicher Weise um Liquor handelt, wird durch die chemische Untersuchung der Flüssigkeit nicht bestätigt. Das für die Cerebrospinalflüssigkeit charakteristische Reductionsvermögen war nicht nachzuweisen.

Am 16. Tage nach der Operation, nachdem der Patient dnrch 10 Tage, vom Tage der Operation an, Abends 5 g Urotropin und zur Herabsetzung des Hirndruckes 2mal täglich 5 Tropfen Tinct. opii erhalten hat, hörte die Secretion gänzlich auf und konnte der Patient geheilt entlassen werden.

Es hätte die Möglichkeit vorhanden sein können, dass eine Meningocele zwischen den beiden Septumblättern bestand, die nach Entfernung der Schleimcyste zur Ruptur gebracht wurde, da der Gegendruck aufgehoben war.

Es mussten für die Entstehung dieser Cyste folgende zwei Möglichkeiten in Betracht gezogen werden: Entweder wurde bei der seinerzeitigen Septumresection das eine Schleimhautblatt invertirt, in der Folge ist es dann zu einer Retentionscyste

cale, October 1911) veröffentlicht hat, die Alk [illegible]
betreffend. T. hat seit jener Veröffentlichun [illegible]
tionen sind nicht ohne Nachtheile für das Au [illegible]
Fälle mit. Interessanter ist für uns Rhinol [illegible]
Trigeminuastes. Hierzu ist die bekannte [illegible]
rotundum folgender Massen von T. mo [illegible]
$5^1/_2$ cm sticht er 2 cm unterhalb des [illegible]
schnitt des Unterkiefers ein. Die Na [illegible]
nach vorne gegen die Basis des flügel [illegible]
Vorderfläche die Nadel gleiten muss. [illegible]
runden Loche ohne, und darauf kom [illegible]
einzige fausse route, die man mach [illegible]
sphenopalatinum in die Nase einge [illegible]
diesem leichten Nachtheil, wenn m [illegible]

Koschier (Wien): Ueber [illegible]
carcinoms.

Die persönliche Statistik d [illegible]
Laryngofissur 21, auf halbseit [illegible]
11 Fälle. In allen Fällen ist [illegible]
Woche vor der Operation ge [illegible]
Die functionellen Resultate d [illegible]
sich nicht genöthigt sah, die [illegible]
kopfs ergriffen sind, dann [illegible]
Totalexstirpation ist insbe [illegible]
der Epiglottis ausgegang [illegible]
Laryngofissur, 1 Fall v [illegible]
48 Fälle sind seit über [illegible]
geheilt betrachtet werd [illegible]

Harris (New Y [illegible]
Papillome des L [illegible]

Der Autor beri [illegible]
sind. Von diesen [illegible]
Freudenthal un [illegible]
zeichnet, ohne jed [illegible]

Logan Tu [illegible]
Vaccinethera [illegible]

Redner ha [illegible]

1. 18 Fäl [illegible]
sonst Fälle vo [illegible]
weniger häufi [illegible]
waren die Re [illegible]

2. 9 F [illegible]
digend.

[illegible], mit der
[illegible] alen Medi-
[illegible] nvermindert
[illegible] ahre hindurch
[illegible], von Herzen
F.

[illegible] ogencongresses.

[illegible] as Internationale
[illegible] ion stattgehabten
[illegible] ertretung der deut-
[illegible] in Hamburg statt-
[illegible] nd des Vereins hat
[illegible] gresses gewählt.

[illegible] sion.

[illegible] die XI. Internationale
[illegible] des Deutschen Central-
[illegible] strirt, dass eine Anzahl
[illegible] us, Gerber, Killian,
[illegible] sind; daraus geht hervor,
[illegible] ologen bei der Lupusfrage
[illegible] Gerber und Seifert wurde
[illegible] enen Seiten wurde hervorge-
[illegible] ologen und Dermatologen auf
F.

[illegible] les Gluck seinen sechzigsten
[illegible] die Laryngologen nicht fehlen;
[illegible] seine Methode der Kehlkopf-
[illegible] eine vollkommen neue Grundlage
[illegible] mmen zu haben, die ihr bis dahin

[illegible] orrespondirenden Mitglied der Wiener
[illegible] to-laryngologischen Gesellschaft ge-
[illegible] IV. Klasse erhalten.

[illegible] er Professors für Ohrenheilkunde,
[illegible] in Greifswald, berufen worden, um in
[illegible] zu lehren.

[illegible] hat sich daselbst für Rhino-Laryngologie habilitirt.

[illegible] Dr. Moure (Bordeaux) ist zum ordentlichen
[illegible] an der Facultät in Bordeaux ernannt worden.
[illegible] Professur, die in Frankreich geschaffen

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Nettelbeckstr. 17.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIX. Berlin, December. 1913. No. 12.

I. Referate.

a) Allgemeines, äusserer Hals, Medicamente.

1) **Camillo Poli. Die Aufgabe des Laryngologen im Kampfe gegen die Tuberculose. (La tâche du laryngologiste dans la lutte contre la tuberculose.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXV. No. 3. 1913.*

Kurzer Bericht auf dem XV. italienischen Congress für Laryngologie. Der Laryngologe deckt verborgene Herde der Tuberculose auf (Lupus der Nase, Kehlkopftuberculose) und soll das Volk über die Hygiene in der Tuberculose aufklären.

LAUTMANN.

2) **H. Bennecke. Behandlung schwerster Sepsis mit intravenöser Infusion grösserer Mengen menschlichen Normalserums nach vorausgegangenem Aderlass.** Aus der med. Klinik in Jena (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Stintzing). *Münchener med. Wochenschr. 1913. No. 35.*

Mittheilung der Krankengeschichten 5 einschlägiger Fälle, bei denen sämmtlich Mund- und Rachenhöhle entweder der primäre Sitz der Erkrankung waren, oder bei einer anderen Infection (Typhus, Scharlach etc.) mit afficiert waren. Dabei trat „nach vorausgegangenem Aderlass bei drei von fünf Fällen schwerster, scheinbar verlorener (Scharlach-) Sepsis durch die intravenöse Infusion von 210—480 ccm menschlichen Normalserums Heilung, bei einem weiteren dieser 5 Fälle wenigstens vorübergehend Besserung ein, die, der klinischen Beobachtung nach, Folge des Eingriffs sind."

HECHT.

3) **Goris. Vier Halsgeschwülste. (Quatre tumeurs du cou.)** *Annales de la Société médico-chirurgicale du Brabant. No. IX. 1912.*

1. Struma mit Compression der Trachea. Eine Besonderheit war, dass im hinteren Teil der Struma eine Cyste war, die dem Larynx und der Membr. cricotrachealis adhärent war.

Wie wir zu unserer Freude erfahren, ist die Rüstigkeit und
Navratil vor fünf Jahren der Laryngologischen Section des Int
cinischen Congresses in Budapest präsidirte, ihm bis zum heutige
erhalten geblieben. Wir bringen dem verehrten Jubilar, de
unserem Blatte als treuer Mitarbeiter werthvolle Dienste
unsere Glückwünsche dar.

Der Präsident des nächsten Internationalen La

Wie im vorigen Heft des Centralblatts mit
Comité für die Laryngo-Rhinologencongresse
Sitzung den Verein Deutscher Laryngologen
schen Fachgenossen damit beauftragt, für
findenden Congress den Vorsitzenden zu
einstimmig Prof. Killian (Berlin) zum

Tagung der D

Am 28. October fand in
Tuberculoseconferenz eine Sit
ausschusses statt. Es sei a
Rhinologen — soweit w
Seifert, Spiess — in
dass seitens der Comm
als wünschenswerth a
auch in die Discuss
hoben, wie wichti
dem Gebiete der

Am 30
Geburtstag
gebührt d
exstirpati
gestellt
anhafte

rhin
wäh

B
(

...gularis interna
...ach verästelt und
... Einschluss der Vena
...8 cm resecirt wurde.
...der Grösse einer Mandarine.
...sich sehr blutig.

PARMENTIER.

Ueber Halslymphdrüsentuberculose in ihrer ... und zur Lunge. *Münchener med. Wochenschr.*

...Ueberblick über die bisherigen Anschauungen bezüglich der Lungentuberculose, des Infectionsweges für die Halsdrüsen ... und die Frage über Vorkommen und Häufigkeit einer tuberculösen ... Gaumenmandeln weist Trautmann auf das Vorkommen einer ... Gaumenmandeltuberculose hin, die klinisch sehr häufig nicht in Erscheinung trete und als „Primäraffect" für die Halsdrüsentuberculose in Betracht käme. Man dürfe sich daher bei bestehender Halsdrüsentuberculose nicht auf die Entfernung der tuberculösen Lymphdrüsen allein beschränken, sondern müsse die correspondirende Tonsille, von der aus auf dem Lymphwege immer wieder neue Drüsen erkranken, vollständig exstirpiren. Als Operationsmethode komme ausschliesslich die extracapsuläre Totalexstirpation in Betracht, welche bei Beherrschung der anatomischen Verhältnisse und der Technik die sichersten Chancen biete und eine segensreiche Operation darstelle.

HECHT.

5) **A. Frank** (Göttingen). **Ueber ein Granuloma plasmocellulare. (Unter dem Bilde von Lymphomen in den Halslymphdrüsen und geschwulstartigen Knoten in der Nasenrachenschleimhaut.)** *Verhandl. d. Deutsch. Pathol. Gesellsch. 1913.*

Demonstration der Präparate, herstammend von einem 44jährigen Mann, bei dem sich im linken Kieferwinkel Geschwulstknoten entwickelt hatten, die allmählich so zunahmen, dass sie auf den Kehlkopf drückten und Athembeschwerden verursachten. Röntgenbestrahlung ohne Erfolg. Im weiteren Verlauf gesellten sich knotige Wucherungen in der Nasenrachenschleimhaut hinzu und Nasenbluten, die Nasenathmung war ganz verlegt. Keine Tuberculose oder Lues. Ende Mai 1912 Operation. Pat. lebt und ist recidivfrei. Mikroskopisch erwiesen sich die Halslymphdrüsen sowohl wie die aus dem Nasenrachen entfernten Knoten als im Wesentlichen bestehend aus Marschalko'schen Plasmazellen. Verf. betrachtet die Geschwülste weder als echte Tumoren noch als leukämisch-pseudoleukämische Geschwulstbildungen, sondern als Granulome.

FINDER.

6) **A. Logan Turner** und **J. S. Fraser. Directe Laryngoskopie. Tracheo-Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Direct Laryngoscopy, Tracheobronchoscopy and Oesophagoscopy.)** *Edinburgh med. journ. Januar/Februar 1913.*

Verff. beschreiben die bei den verschiedenen Verfahren angewandte Technik und geben deren Indicationen und Contraindicationen an. Sie illustriren ihre

eine Anzahl von Fällen ihrer eigenen Praxis, um den Werth Diagnose und Behandlung zu veranschaulichen.

LOGAN TURNER.

-eber Tracheo-, Broncho- und Oesophagoskopie.

-nen Ueberblick über die Entwicklung dieser die Instrumente und die Technik, zählt ihre -en auf und hebt ihre Bedeutung für die Diagnostik . der Trachea, der Bronchien und des Oesophagus -e Fälle von Fremdkörpern in Bronchus und Oesophagus, -n Methode diagnosticirt und entfernt worden sind.

STEINER.

-ohnston. **Einige Originalmethoden zur Endoskopie. (Some -ods of endoscopia.)** *The Laryngoscope.*

-ndern von 6—8 Jahren wendet Verf. folgende Methode an: Das Kind -n Laken eingewickelt und gerade auf den Tisch gelegt, ein Assistent -n Kopfende und hält den Kopf. Der Operateur steht zur Linken des Tisches, -atienten anblickend und mit dem Jackson'schen Speculum in Händen. Das -strument wird zwischen den Schneidezähnen eingeführt, die Epiglottis, sobald sie in Sicht kommt, mit demselben hochgehoben, und meist kommt gleich der ganze Larynx in Sicht. Erscheint die vordere Commissur nicht gleich, so genügt ein Druck auf den Larynx, um auch sie zu Gesicht zu bekommen. EMIL MAYER.

9) J. S. Heinrich. **Die Diagnose von Fremdkörpern im Verdauungs- und Respirationstractus von Kindern. (The diagnosis of foreign bodies in the alimentary and respiratory tractus of children.)** *American journ. of surgery. Febr. 1913.*

Verf. bespricht die Schwierigkeiten, die eventuell bei Erkennung von Fremdkörpern auf der Röntgenplatte entstehen können; er führt einige Beispiele aus seiner Praxis an, wo Fremdkörper von anderen Seiten nicht diagnosticirt worden waren, weil die Röntgenaufnahmen unvollkommen gemacht oder unzureichend gedeutet waren. So waren bei einem Kinde mit interstitieller Pneumonie von anderer Seite auf Grund einer negativ ausgefallenen Röntgenaufnahme jede operative Eingriffe verweigert worden, bis es dem Verf. gelang, durch das Röntgenogramm einen linearen Fremdkörper, ein Stück Holz, nachzuweisen. Entstehen Zweifel darüber, ob der Fremdkörper in der Trachea oder im Oesophagus sitzt, so kann dies mittels einer Aufnahme in lateraler oder schräger Position oder stereoskopisch entschieden werden.

Verf. versichert noch, dass er bei tausenden von Kindern, die wegen aller möglichen pathologischen Zustände geröntgent wurden, niemals irgendwelchen Schaden gesehen hat, der auf die Einwirkung der Strahlen zu beziehen gewesen wäre.

EMIL MAYER.

10) G. Giemsa. **Beitrag zur Chemotherapie der Spirochätosen.** Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg (Leiter: Obermed.-Rath Prof. Dr. Nocht). Mit 4 Abb. *Münchener med. Wochenschr. No. 20. 1913.*

Basirend auf der Ehrlich'schen Lehre von der Chemotherapie versuchte

cale, October 1911) veröffentlicht hat, die Alkoholinjection des Ganglion Gasseri betreffend. T. hat seit jener Veröffentlichung noch 5 Fälle injicirt. Diese Injectionen sind nicht ohne Nachtheile für das Auge und T. theilt zwei diesbezügliche Fälle mit. Interessanter ist für uns Rhinologen die Anästhesirung des zweiten Trigeminuastes. Hierzu ist die bekannte Technik mittels Zugangs zum Foramen rotundum folgender Massen von T. modificirt worden. Mit einer Nadel von $5^1/_2$ cm sticht er 2 cm unterhalb des Jochbogens in den halbmondförmigen Ausschnitt des Unterkiefers ein. Die Nadel wird von unten nach oben, von hinten nach vorne gegen die Basis des flügelförmigen Fortsatzes eingeführt, an dessen Vorderfläche die Nadel gleiten muss. So kommt die Nadel sicher bis zum grossen runden Loche ohne, und darauf kommt es T. an, in die Orbita einzudringen. Die einzige fausse route, die man machen kann, ist die, dass man durch das Foramen sphenopalatinum in die Nase eingeht, was gar keinen Nachtheil hat. Man entgeht diesem leichten Nachtheil, wenn man die Nadel nicht mehr als 45^0 neigt.

Koschier (Wien): Ueber die operative Behandlung des Larynxcarcinoms.

Die persönliche Statistik des Autors umfasst 74 Fälle. Davon entfallen auf Laryngofissur 21, auf halbseitige Laryngektomie 42, und auf Totalexstirpation 11 Fälle. In allen Fällen ist zweizeitig operirt worden, die Tracheotomie ist eine Woche vor der Operation gemacht worden, was K. entschieden für besser hält. Die functionellen Resultate der Hemiresection des Kehlkopfs sind so gute, dass K. sich nicht genöthigt sah, die Plastik nach Gluck zu machen. Wenn $^2/_3$ des Kehlkopfs ergriffen sind, dann ist es besser den ganzen Kehlkopf zu exstirpiren. Die Totalexstirpation ist insbesondere nöthig in den Fällen, in denen der Krebs von der Epiglottis ausgegangen ist. Die Mortalität betrug 9 Fälle (davon 1 Fall von Laryngofissur, 1 Fall von Totalexstirpation und 7 Fälle von Hemiresection). 48 Fälle sind seit über 3 Jahre operirt und am Leben, von denen 22 als definitiv geheilt betrachtet werden können.

Harris (New York): Ueber die Radiumbehandlung der multiplen Papillome des Larynx.

Der Autor berichtet über die 6 Fälle, die bisher in Amerika behandelt worden sind. Von diesen 6 Fällen ist einer vom Autor persönlich, die anderen von Freudenthal und Abbé behandelt. In allen Fällen war das Resultat ausgezeichnet, ohne jede Reaction und von definitivem Erfolg gekrönt.

Logan Turner (Edinburg) und Henry Bolton (Edinburg): Ueber 50 mit Vaccinetherapie behandelte Fälle von Rhinitis.

Redner haben eine autogene Vaccine in folgenden Fällen angewandt:

1. 18 Fälle von Nasenkatarrh, z. T. Fälle von recidivirenden „Erkältungen", sonst Fälle von chronischem mucopurulentem Katarrh. Acute Erkältungen wurden weniger häufig und weniger heftig; bei dem chronischen mucopurulenten Katarrh waren die Resultate gut.

2. 9 Fälle von eitriger Rhinitis. Die Resultate waren nicht sehr befriedigend.

3. 18 Fälle von fötider atrophischer Rhinitis (Ozaena); in 15 Fällen wurde der Bacillus mucosus ozaenae cultivirt und zwar in 9 Fällen in Reincultur. In den übrigen 5 Fällen waren Staphylokokken. Von den 18 Fällen wurden 8 durch die Vaccinetherapie nicht beeinflusst; in den restirenden 10 Fällen erfolgte zweifellose Besserung, sowohl objectiv wie subjectiv.

4. 5 Fälle von Nebenhöhleneiterung. Vaccinetherapie nützte nichts vor der Operation, war ein werthvolles Unterstützungsmittel bei der postoperativen Behandlung.

Victor Frühwald (Wien): Eine Schleimcyste des Nasenseptums mit postoperativer Hydrorrhoea nasalis.

Fall eines 28jährigen Mannes, der seit längerer Zeit an behinderter Nasenathmung leidet; vor 3 Jahren submucöse Septumresection. Rhinoscopia anterior ergiebt, dass das Vestibulum links von einer Schleimhauthypertrophie ausgefüllt ist, die von der unteren Muschel herzurühren scheint; jedoch bei der Anästhesirung bemerkt man, dass sie in Wahrheit vom Septum ausgeht. Bei dem ersten Scheerenschnitt fliesst reichlich eine bräunliche fadenziehende Flüssigkeit aus. Histologische Untersuchung: Chronisch entzündliche, stark ödematös aufgelockerte und infiltrirte Schleimhaut, scheinbar ohne Besonderheiten. Inmitten dieses ödematös aufgelockerten Bindegewebes findet sich ein ziemlich dickes Nervenstämmchen, welches eine ganz eigenartige durch Flüssigkeitsdurchtränkung bedingte Auflockerung seiner Elemente, insbesondere auch in seinen peripheren Antheilen erkennen lässt, wie auch eine Trennung des Nervengewebes vom umscheidenden Zwischengewebe durch Flüssigkeitsansammlung in spaltförmiger Erstreckung. Die Oberfläche (ausser durch Manipulation) unverändert. Ein zweites Stückchen, welches etwa der Umgrenzung eines Hohlraumes entspricht, besteht aus ziemlich derbem, fibrösem Gewebe und zeigt an seiner Oberfläche ein dichtes Lager von Capillaren und Präcapillaren, stellenweise Gruppen von grossen Zellen, die den Eindruck von Phagocyten machen, deren Protoplasma von Erythrocyten vollgefüllt ist.

Kurze Zeit nach der Operation bemerkt der Patient, dass ihm aus dem linken Nasenloch ununterbrochen fast klare Flüssigkeit ausfliesst, die in Eprouvetten aufgefangen, ca. 300 ccm in 24 Stunden beträgt. Die Vermuthung, dass es sich möglicher Weise um Liquor handelt, wird durch die chemische Untersuchung der Flüssigkeit nicht bestätigt. Das für die Cerebrospinalflüssigkeit charakteristische Reductionsvermögen war nicht nachzuweisen.

Am 16. Tage nach der Operation, nachdem der Patient dnrch 10 Tage, vom Tage der Operation an, Abends 5 g Urotropin und zur Herabsetzung des Hirndruckes 2mal täglich 5 Tropfen Tinct. opii erhalten hat, hörte die Secretion gänzlich auf und konnte der Patient geheilt entlassen werden.

Es hätte die Möglichkeit vorhanden sein können, dass eine Meningocele zwischen den beiden Septumblättern bestand, die nach Entfernung der Schleimcyste zur Ruptur gebracht wurde, da der Gegendruck aufgehoben war.

Es mussten für die Entstehung dieser Cyste folgende zwei Möglichkeiten in Betracht gezogen werden: Entweder wurde bei der seinerzeitigen Septumresection das eine Schleimhautblatt invertirt, in der Folge ist es dann zu einer Retentionscyste

zwischen den zwei Septumblättern gekommen, oder aber es kam durch den Verschluss des Ausführungsganges einer Schleimdrüse zu einer sich daran anschliessenden Umwandlung der Drüse und zur Bildung einer Cyste.

Während der chemische Befund das Vorhandensein von Liquor ausschliesst, die Flüssigkeit der Tage lang anhaltenden Secretion für Lymphe hält, spricht der pathologisch-anatomische Befund, mit Rücksicht auf das sonderbare Bild des Nervenstämmchens, mehr für einen Abfluss von Liquor cerebrospinalis entlang eines Nerven.

In der Literatur sind wohl mehrere Fälle bekannt, in denen es sich um Cysten an der Lamina perpendicularis des Siebbeins, in Nasenpolypen und in der Schleimhaut der Nebenhöhlen gehandelt hat, jedoch wurde über eine Cyste des Septums bis jetzt noch niemals berichtet.

John Cameron und William Milligan: Der Nervus olfactorius.

Die Untersuchungen der Redner beziehen sich vor allem auf ein von ihnen „olfactory syncytium“ benannten Zug von Cytoplasma, mittels dessen das Riechendorgan in directen structurellen Zusammenhang mit dem Stirnhirn gebracht ist.

W. Douglas Harmer: Behandlung der Nasen- und Halskrankheiten mittels therapeutischer Inoculation mit Ausnahme von Tuberculin und Diphtherie.

H. hat viele Fälle von acuten Infectionen — „Erkältungen“ —, die er mit Vaccine (Catarrhalis, Pneumococcus und Influenza) behandelt. Die Vaccine soll früh, wenn möglich in den ersten 24 Stunden, gegeben werden. Bei einer Epidemie schwerer Erkältungen mit Vorwiegen von Pneumococcus und B. catarrhalis erwiesen sich Vaccine von diesen Mikroorganismen als wirksam. H. räth zu Schutzimpfungen, z. B. bei schweren Influenzaepidemien bei Erkrankung eines Familienmitgliedes die anderen zu impfen.

Bei 31 Patienten, die an heftigen intermittirenden Infectionen der oberen Luftwege besonders im Winter litten, fanden sich vorwiegend B. Influenzae, Pneumococcus und B. catarrhalis; sie liessen sich in zwei Hauptgruppen theilen: a) Influenza, gewöhnlich mit Pneumococcus combinirt, b) Pneumococcus und catarrhalis constant zusammen. Von 14 Fällen von Influenza trat in 8 Besserung durch Vaccine ein, bei der Pneumococcus-B. catarrhalis-Gruppe war das Resultat noch besser: 11 Besserungen unter 15 Fällen.

Auch einige Fälle acuter Sinusitis wurden mit Streptococcus-, Influenza-, oder Pneumococcus-Vaccine behandelt. H. glaubt, dass Streptococcus- und Pneumococcusinfectionen schneller bei Vaccinetherapie heilen. Die Resultate bei chronischen Empyemen waren nicht besonders, die verhältnissmässig besten Resultate wurden erzielt mit Vaccine von Streptococcus und Friedländerbacillus. In zwei Fällen wurde ein sehr bemerkenswerthes Resultat erzielt mit einem sensibilisirten Streptokokkenvaccine.

Bei der atrophischen Rhinitis wurde hauptsächlich der Friedländerbacillus gefunden. Die Vaccinetherapie gab sehr unbefriedigende Resultate, nur in 2 Fällen war Besserung zu constatiren.

H. giebt auch vor Operationen, z. B. Radicaloperationen der Stirnhöhle.

präventiv Streptokokkenvaccine, um einer eventuellen postoperativen Infection vorzubeugen.

Elemer v. Tòvolgyi (Budapest): Der diagnostische Werth der localen Tuberculinreactionen auf Grund neuer Forschungen und Untersuchungen.

Meine Ergebnisse können kurz in folgenden Punkten zusammengefasst werden.

1. Die acute oder subacute Rhinitis übt auf das Verhalten der Ophthalmoreaction einen wesentlichen, nicht ausser Acht zu lassenden Einfluss aus; entweder in ihrer natürlichen Form, oder wenn dieselbe künstlich, mittels eines in Tuberculin oder in eine andere, die Nasenschleimhaut ein wenig reizende Flüssigkeit (5 oder 10 proc. Mentholöl), getauchten Tampons hervorgerufen wird.

2. Meine Untersuchungen ergeben, dass bei längerem Belassen des Nasentampons in der Nasenhöhle die Ophthalmoreaction viel öfter positiv wird, als sonst.

3. Diese Vermehrung bezieht sich meistens auf die klinisch nicht nachweisbaren suspecten und ganz leichten Fällen von Tuberculose.

4. Da die sogenannte Rhinotamponreaction ganz denselben Regeln unterworfen ist, wie die Ophthalmoreaction, wirkt sie auf letztere nicht nur nicht störend, sondern erhöht vielmehr bedeutend den diagnostischen und prognostischen Werth derselben, indem sie dieselbe empfindlicher macht.

5. Eine stark positive Ophthalmoreaction zeugt in den meisten Fällen, ebenso wie die Rhinotamponreaction, von einer tuberculösen Erkrankung leichter Art.

6. Eine negative Ophthalmoreaction bei gleichzeitiger positiver Rhinotamponreaction, beweist eher die schwere Beschaffenheit des Falles.

7. Trotz dem in Punkt 5 und 6 Gesagten bietet die Ophthalmo- und Rhinotamponreaction an sich keine vollkommen genaue Aufklärung, weder bezüglich der Grösse des Leidens, noch bezüglich der Raschheit seiner Entwickelung.

8. Die Rhinotamponreaction wird der grössten Wahrscheinlichkeit nach in den meisten Fällen berufen sein, die subcutanen Impfungen zu ersetzen, indem selbe die Fieberreaction ebenfalls auslöst und in den Verlauf derselben und überhaupt in die Reagierungsfähigkeit des Kranken einen tieferen Einblick zulässt, indem das Tuberculin in beliebiger Concentration angewendet werden und auch der Tampon beliebige Zeit hindurch in der Nase belassen werden kann.

9. Die Pirquet'schen Cutanimpfungen bloss am Arme vollzogen, gewähren weder hinsichtlich der Diagnose, noch hinsichtlich der Prognose genauen Aufschluss; auch dann nicht, wenn gleichzeitig die Ophthalmo- und die Rhinotamponreaction vorgenommen wird; ausser, wenn auch an beiden Seiten der Brusthaut die entsprechenden Cutanimpfungen vorgenommen werden.

10. Die cutane Brusthautreaction ist beiläufig 3—4 mal empfindlicher, als die cutanen Armreactionen.

11. Die grössere Empfindlichkeit der Brusthautreaction ist mit grösster Wahrscheinlichkeit auf den reichlicheren Blutgehalt der Brusthaut zurückzuführen.

12. Meine bisherigen Untersuchungen erweisen, dass die Brusthautimpfung an der gesunderen Lungenseite eine stärkere Reaction giebt, als die an der Haut der anderen Lungenseite vollzogene Impfung. Zu dessen genauer Feststellung sind noch ausgedehntere und längere Untersuchungen erforderlich.

13. Die cutane Brusthautimpfung ist von sämmtlichen localen Impfungen die verlässlichste.

14. Vom Standpunkte der Diagnose und Prognose der Tuberculose gewinnen die Localreactionen nur dann ihre wahre Bedeutung, wenn neben den erwähnten anderen drei localen Impfungen auch die cutane Brusthautimpfung vorgenommen wird.

15. Von den gleichzeitig vorgenommenen vier localen Reactionen hat bloss die Rhinotamponreaction eine Wirkung auf die Ophthalmoreaction, die übrigen beeinflussen einander in keinerlei Weise.

16. Die gleichzeitige starke Positivität der vier localen Reactionen erweist die leichtesten Formen der Tuberculose. Wenn hingegen alle vier negativ sind, so spricht das für die sehr schwere Beschaffenheit des Leidens und bietet eine sehr schlechte Prognose. Je schwächer die Positivität der vier Localreactionen ist, desto schwerer ist die tuberculöse Erkrankung.

17. Der Grad und die Natur des Leidens kann auch festgestellt werden, wenn die Stärke der vier Localreactionen gleichzeitig verschiedene Reactionen zeigt. In solchen Fällen ist stets das Verhalten der cutanen Brusthautreaction ausschlaggebend.

18. Die Otoreaction bietet über die tuberculösen Veränderungen in keiner Richtung Aufschluss, indem dieselbe zufolge der natürlichen Anämie des Trommelfells fast immer negativ ist.

19. Dasselbe gilt von der Laryngoreaction, welche in der überwiegenden Anzahl der Fälle ebenfalls ausbleibt, sogar in Fällen von wiederholten Impfungen.

Elemer v. Tovölgyi (Budapest): Die therapeutische Wirkung des Bacterium coli commune in Fällen von Kehlkopftuberculose.

Der Verf. berichtet über jene Erfolge, welche er während mehr als 3jähriger Experimentirung bei der Heilung der Kehlkopftuberculose durch Pinselungen der Kehlkopfschleimhaut mittels lebendem Bacterium coli commune erzielte.

Anfangs stellt sich die Besserung so rasch und so auffallend ein, dass der Verf. zu Beginn seiner Experimente hoffte, es werde ihm gelingen, auch die schwersten Fälle der Kehlkopftuberculose binnen 1—2 Monaten vollkommen zu heilen. Dies gelang jedoch bisher bloss in einigen Fällen, da die anfängliche grosse Besserung später entweder vollkommen aussetzt, oder viel langsamer vor sich geht. Die Besserung schreitet jedoch in den meisten Fällen auch nach Einstellung der Pinselung fort und führt — wo dies der Zustand der Lunge zulässt — auch zur Genesung.

Die Wirkung des Bacterium coli commune offenbart sich folgendermaassen: Der Kehlkopf wird in Bälde rein, desgleichen rasch vergeht die Dysphagie; die perichondritischen Schwellungen werden geringer und hören sogar in den meisten

Fällen, wenn die Veränderungen nicht überaus gross sind, vollkommen auf. Die oberflächlichen Geschwüre verheilen, die tiefen werden kleiner. Die letzteren sind übrigens die hartnäckigsten und wollen in vielen Fällen nicht einmal der Coli-Behandlung weichen. Bisher erprobte der Verf. in ungefähr 80 Fällen die Coli-Pinselungen und giebt es seiner Ansicht nach ausser dem Ulsanin kein Mittel, das mit der Wirkung dieses Mittels wetteifern könnte. Lautmann.

III. Briefkasten.

Aufruf zur Bildung einer Internationalen Vereinigung für experimentelle Phonetik.

Die Herren G. Gradenigo, C. Biaggi und Stefanini haben einen Aufruf erlassen, der in deutscher Uebersetzung folgendermaassen lautet:

Unter den jüngsten Offenbarungen der positiven Wissenschaften hat die experimentelle Phonetik im Verlauf kurzer Zeit die Bedeutung und das Ansehen einer selbstständigen Wissenschaft erlangt.

Darüber dürfen die Pfleger dieser Wissenschaft Stolz und Freude empfinden; gestern noch standen ihre Anstrengungen allein und heute haben sie es in der wissenschaftlichen Literatur und bei den Congressen zu einer fast allgemeinen Anerkennung gebracht.

Wer den Weg der Phonetik verfolgt hat, der wird constatirt haben können, welch wachsendes Interesse in allen Gelehrtenkreisen ihre täglichen Eroberungen erwecken. Wir glauben daher, uns zum Dolmetsch eines allgemeinen Gefühls zu machen, wenn wir dem Wunsche Ausdruck geben, dass sich all die lebendigen Kräfte der jungen Wissenschaft enger zusammenschliessen mögen, damit wir bald dahin gelangen, die von uns gepflegte Specialwissenschaft auf die Stellung zu bringen, die ihr unter den experimentellen Wissenschaften gebührt.

Wir erlauben uns daher, uns an Ew. Hochwohlgeboren mit der Bitte zu wenden, in Gemeinschaft mit anderen Collegen in Ihrem Lande den Anschluss an unsere Bestrebungen zu betreiben und auf diese Weise eine Internationale wissenschaftliche Vereinigung vorzubereiten.

Zweiter Nordischer Oto-Laryngologen-Congress.

Der zweite Nordische Oto-Laryngologen-Congress findet in Stockholm am 26. und 27. Juni 1914 statt.

Als Themata sind von dem Comité des Congresses (Prof. G. Holmgren, Dr. C. B. Lagerlöf und Doz. Dr. E. Stangenberg) aufgestellt:

1. Maligne Larynxtumoren (Prof. E. Schmiegelow und Prof. A. v. Forselles).
2. Otologisches.

Doc. Dr. E. Stangenberg, Schriftführer des Congresses.

E. von Navratil's achtzigster Geburtstag.

Am 1. November feiert der Nestor der ungarischen Collegen, Prof. Dr. Emerich Navratil von Szalók, seinen achtzigsten Geburtstag. Schon im Jahre 1858/59 begann er auf Anregung Czermak's sich mit Laryngologie zu beschäftigen und hatte während seiner Thätigkeit als Chirurg am Rochusspital in Budapest mannigfache Gelegenheit, an dem Aufbau der jungen Wissenschaft speciell nach der chirurgischen Seite hin mitzuwirken. Wir erwähnen seine plastischen Operationen bei Kehlkopfstenosen, die Thierversuche zur Feststellung der Function der Kehlkopfnerven und des N. accessorius Willisii, seine Beiträge zur endo- und extralaryngealen Operation der Kehlkopftumoren etc. Eine grosse Anzahl tüchtiger Specialisten seines Vaterlandes ist aus seiner Schule hervorgegangen.

Wie wir zu unserer Freude erfahren, ist die Rüstigkeit und Frische, mit der Navratil vor fünf Jahren der Laryngologischen Section des Internationalen Medicinischen Congresses in Budapest präsidirte, ihm bis zum heutigen Tage unvermindert erhalten geblieben. Wir bringen dem verehrten Jubilar, der lange Jahre hindurch unserem Blatte als treuer Mitarbeiter werthvolle Dienste geleistet hat, von Herzen unsere Glückwünsche dar. F.

Der Präsident des nächsten Internationalen Laryngo-Rhinologencongresses.

Wie im vorigen Heft des Centralblatts mitgetheilt, hatte das Internationale Comité für die Laryngo-Rhinologencongresse in seiner in London stattgehabten Sitzung den Verein Deutscher Laryngologen als die Gesammtvertretung der deutschen Fachgenossen damit beauftragt, für den nächsten 1915 in Hamburg stattfindenden Congress den Vorsitzenden zu wählen. Der Vorstand des Vereins hat einstimmig Prof. Killian (Berlin) zum Präsidenten des Congresses gewählt.

Tagung der Deutschen Lupus-Commission.

Am 28. October fand in Berlin im Anschluss an die XI. Internationale Tuberculoseconferenz eine Sitzung der Lupus-Commission des Deutschen Centralausschusses statt. Es sei als principiell wichtig hier registrirt, dass eine Anzahl Rhinologen — soweit wir wissen die Herren Albanus, Gerber, Killian, Seifert, Spiess — in die Commission berufen worden sind; daraus geht hervor, dass seitens der Commission die Mitwirkung der Rhinologen bei der Lupusfrage als wünschenswerth anerkannt ist. Seitens der Herren Gerber und Seifert wurde auch in die Discussion eingegriffen und von verschiedenen Seiten wurde hervorgehoben, wie wichtig ein Zusammenarbeiten von Rhinologen und Dermatologen auf dem Gebiete der Lupusforschung sei. F.

Personalnachrichten.

Am 30. November feiert Prof. Themistokles Gluck seinen sechzigsten Geburtstag. Unter den Glückwünschenden dürfen die Laryngologen nicht fehlen; gebührt doch Gluck das grosse Verdienst, durch seine Methode der Kehlkopfexstirpation die Chirurgie des Kehlkopfs auf eine vollkommen neue Grundlage gestellt und dieser Operation die Schrecken genommen zu haben, die ihr bis dahin anhafteten.

Prof. Gerber (Königsberg) ist zum correspondirenden Mitglied der Wiener rhino-laryngologischen und der Petersburger oto-laryngologischen Gesellschaft gewählt worden und hat den Rothen Adlerorden IV. Klasse erhalten.

An Stelle des verstorbenen Göttinger Professors für Ohrenheilkunde, Buerkner, ist Prof. Lange, bisher in Greifswald, berufen worden, um in Göttingen Otologie und Laryngologie zu lehren.

Dr. Henke (Königsberg) hat sich daselbst für Rhino-Laryngologie habilitirt.

Unser verehrter Mitarbeiter Dr. Moure (Bordeaux) ist zum ordentlichen Professor für Oto-Rhino-Laryngologie an der Facultät in Bordeaux ernannt worden. Es ist dies die erste derartige ordentliche Professur, die in Frankreich geschaffen worden ist.

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Nettelbeckstr. 17.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Semon's

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXIX. Berlin, December. 1913. No. 12.

I. Referate.

a) Allgemeines, äusserer Hals, Medicamente.

1) **Camillo Poli. Die Aufgabe des Laryngologen im Kampfe gegen die Tuberculose. (La tâche du laryngologiste dans la lutte contre la tuberculose.)** *Archives internat. de laryng. Tome XXXV. No. 3. 1913.*

Kurzer Bericht auf dem XV. italienischen Congress für Laryngologie. Der Laryngologe deckt verborgene Herde der Tuberculose auf (Lupus der Nase, Kehlkopftuberculose) und soll das Volk über die Hygiene in der Tuberculose aufklären.

LAUTMANN.

2) **H. Bennecke. Behandlung schwerster Sepsis mit intravenöser Infusion grösserer Mengen menschlichen Normalserums nach vorausgegangenem Aderlass.** Aus der med. Klinik in Jena (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Stintzing). *Münchener med. Wochenschr. 1913. No. 35.*

Mittheilung der Krankengeschichten 5 einschlägiger Fälle, bei denen sämmtlich Mund- und Rachenhöhle entweder der primäre Sitz der Erkrankung waren, oder bei einer anderen Infection (Typhus, Scharlach etc.) mit afficiert waren. Dabei trat „nach vorausgegangenem Aderlass bei drei von fünf Fällen schwerster, scheinbar verlorener (Scharlach-) Sepsis durch die intravenöse Infusion von 210—480 ccm menschlichen Normalserums Heilung, bei einem weiteren dieser 5 Fälle wenigstens vorübergehend Besserung ein, die, der klinischen Beobachtung nach, Folge des Eingriffs sind."

HECHT.

3) **Goris. Vier Halsgeschwülste. (Quatre tumeurs du cou.)** *Annales de la Société médico-chirurgicale du Brabant. No. IX. 1912.*

1. Struma mit Compression der Trachea. Eine Besonderheit war, dass im hinteren Teil der Struma eine Cyste war, die dem Larynx und der Membr. cricotrachealis adhärent war.

2. Lymphosarkom der seitlichen Halsgegend. Die Vena jugularis interna war in dem Tumor comprimirt, hatte in demselben sich vielfach verästelt und musste zwischen zwei Ligaturen resecirt werden.

3. Adenocarcinom der Cervicalregion, ebenfalls mit Einschluss der Vena jugularis interna, die mit dem Tumor in einer Länge von 8 cm resecirt wurde.

4. Arterielles Angiom der Gland. submaxillaris von der Grösse einer Mandarine. Exstirpation en bloc mit der Speicheldrüse gestaltete sich sehr blutig.

PARMENTIER.

4) **Gottfried Trautmann** (München). **Ueber Halslymphdrüsentuberculose in ihrer Beziehung zu den Tonsillen und zur Lunge.** *Münchener med. Wochenschr. 1913. No. 16.*

Nach einem historischen Ueberblick über die bisherigen Anschauungen bezüglich der Entstehungsweise der Lungentuberculose, des Infectionsweges für die Halsdrüsentuberculose und die Frage über Vorkommen und Häufigkeit einer tuberculösen Erkrankung der Gaumenmandeln weist Trautmann auf das Vorkommen einer latenten Gaumenmandeltuberculose hin, die klinisch sehr häufig nicht in Erscheinung trete und als „Primäraffect“ für die Halsdrüsentuberculose in Betracht käme. Man dürfe sich daher bei bestehender Halsdrüsentuberculose nicht auf die Entfernung der tuberculösen Lymphdrüsen allein beschränken, sondern müsse die correspondirende Tonsille, von der aus auf dem Lymphwege immer wieder neue Drüsen erkranken, vollständig exstirpiren. Als Operationsmethode komme ausschliesslich die extracapsuläre Totalexstirpation in Betracht, welche bei Beherrschung der anatomischen Verhältnisse und der Technik die sichersten Chancen biete und eine segensreiche Operation darstelle.

HECHT.

5) **A. Frank** (Göttingen). **Ueber ein Granuloma plasmocellulare. (Unter dem Bilde von Lymphomen in den Halslymphdrüsen und geschwulstartigen Knoten in der Nasenrachenschleimhaut.)** *Verhandl. d. Deutsch. Pathol. Gesellsch. 1913.*

Demonstration der Präparate, herstammend von einem 44 jährigen Mann, bei dem sich im linken Kieferwinkel Geschwulstknoten entwickelt hatten, die allmählich so zunahmen, dass sie auf den Kehlkopf drückten und Athembeschwerden verursachten. Röntgenbestrahlung ohne Erfolg. Im weiteren Verlauf gesellten sich knotige Wucherungen in der Nasenrachenschleimhaut hinzu und Nasenbluten, die Nasenathmung war ganz verlegt. Keine Tuberculose oder Lues. Ende Mai 1912 Operation. Pat. lebt und ist recidivfrei. Mikroskopisch erwiesen sich die Halslymphdrüsen sowohl wie die aus dem Nasenrachen entfernten Knoten als im Wesentlichen bestehend aus Marschalko'schen Plasmazellen. Verf. betrachtet die Geschwülste weder als echte Tumoren noch als leukämisch-pseudoleukämische Geschwulstbildungen, sondern als Granulome.

FINDER.

6) **A. Logan Turner** und **J. S. Fraser. Directe Laryngoskopie. Tracheo-Bronchoskopie und Oesophagoskopie. (Direct Laryngoscopy, Tracheobronchoscopy and Oesophagoscopy.)** *Edinburgh med. journ. Januar/Februar 1913.*

Verff. beschreiben die bei den verschiedenen Verfahren angewandte Technik und geben deren Indicationen und Contraindicationen an. Sie illustriren ihre

Ausführungen durch eine Anzahl von Fällen ihrer eigenen Praxis, um den Werth der directen Methode für Diagnose und Behandlung zu veranschaulichen.

LOGAN TURNER.

7) **Viktor Guttmann** (Prag). **Ueber Tracheo-, Broncho- und Oesophagoskopie.** *Casopis lékaruo ceskych. 1911.*

Der Autor giebt einen geschichtlichen Ueberblick über die Entwicklung dieser Untersuchungsmethoden, beschreibt die Instrumente und die Technik, zählt ihre Indicationen und Contraindicationen auf und hebt ihre Bedeutung für die Diagnostik und Therapie der Krankheiten der Trachea, der Bronchien und des Oesophagus hervor. Beigefügt sind einige Fälle von Fremdkörpern in Bronchus und Oesophagus, die mittels dieser directen Methode diagnosticirt und entfernt worden sind.

STEINER.

8) **Richard H. Johnston. Einige Originalmethoden zur Endoskopie. (Some original methods of endoscopia.)** *The Laryngoscope.*

Bei Kindern von 6—8 Jahren wendet Verf. folgende Methode an: Das Kind wird in ein Laken eingewickelt und gerade auf den Tisch gelegt, ein Assistent steht am Kopfende und hält den Kopf. Der Operateur steht zur Linken des Tisches, den Patienten anblickend und mit dem Jackson'schen Speculum in Händen. Das Instrument wird zwischen den Schneidezähnen eingeführt, die Epiglottis, sobald sie in Sicht kommt, mit demselben hochgehoben, und meist kommt gleich der ganze Larynx in Sicht. Erscheint die vordere Commissur nicht gleich, so genügt ein Druck auf den Larynx, um auch sie zu Gesicht zu bekommen. EMIL MAYER.

9) **J. S. Heinrich. Die Diagnose von Fremdkörpern im Verdauungs- und Respirationstractus von Kindern. (The diagnosis of foreign bodies in the alimentary and respiratory tractus of children.)** *American journ. of surgery. Febr. 1913.*

Verf. bespricht die Schwierigkeiten, die eventuell bei Erkennung von Fremdkörpern auf der Röntgenplatte entstehen können; er führt einige Beispiele aus seiner Praxis an, wo Fremdkörper von anderen Seiten nicht diagnosticirt worden waren, weil die Röntgenaufnahmen unvollkommen gemacht oder unzureichend gedeutet waren. So waren bei einem Kinde mit interstitieller Pneumonie von anderer Seite auf Grund einer negativ ausgefallenen Röntgenaufnahme jede operative Eingriffe verweigert worden, bis es dem Verf. gelang, durch das Röntgenogramm einen linearen Fremdkörper, ein Stück Holz, nachzuweisen. Entstehen Zweifel darüber, ob der Fremdkörper in der Trachea oder im Oesophagus sitzt, so kann dies mittels einer Aufnahme in lateraler oder schräger Position oder stereoskopisch entschieden werden.

Verf. versichert noch, dass er bei tausenden von Kindern, die wegen aller möglichen pathologischen Zustände geröntgent wurden, niemals irgendwelchen Schaden gesehen hat, der auf die Einwirkung der Strahlen zu beziehen gewesen wäre.

EMIL MAYER.

10) **G. Giemsa. Beitrag zur Chemotherapie der Spirochätosen.** Aus dem Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg (Leiter: Obermed.-Rath Prof. Dr. Nocht). Mit 4 Abb. *Münchener med. Wochenschr. No. 20. 1913.*

Basirend auf der Ehrlich'schen Lehre von der Chemotherapie versuchte

2. Lymphosarkom der seitlichen Halsgegend. D… war in dem Tumor comprimirt, hatte in demsel… musste zwischen zwei Ligaturen resecirt wer…

3. Adenocarcinom der Cervicalreg… jugularis interna, die mit dem Tum…

4. Arterielles Angiom der G… Exstirpation en bloc mit der

…msam mit den chemischen …linge des Chinins, sowie neue …eise gegen protozoische Krankheits- …ankheit, Malaria und der Spirochäten …Reihe neuer Präparate wurden zwei, das …no-arsenobenzol zunächt im Thierversuch …einen eingehenden Bericht über Chemismus, …lösungen, Wahl der Injectionsart und therapeu- …krankheiten im Tierversuch.

HECHT.

4) **Gottfried Trautma… Beziehung zu de…** *1913. No. 16*

Nach ein… lich der En… drüsentub… Erkran… later… nu… N…

… **Die Anwendung von Arsenpräparaten bei Syphilis von Nase … (The use of arsenical compounds for syphilis of the nose and …)** *Lancet. 16. Juli 1913.*

Verf. hat bei 16 Patienten mit tertiärer Syphilis in Hals und Nase 43 Injectionen von Salvarsan und Neosalvarsan angewandt und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. Es hat die therapeutische Wirkung des Neosalvarsans weniger energisch gefunden, so dass mehrere Injectionen gemacht werden müssen, um das einer Salvarsaninjection entsprechende Resultat zu erreichen. Andererseits fand er das Neosalvarsan frei von jeder Toxicität und empfiehlt daher seine Anwendung in allen Fällen, wo kein Grund gegen wiederholte Injectionen vorliegt.

A. J. WRIGHT.

12) **Schlesinger. Unsere Resultate mit Neosalvarsan bei luetischen Affectionen der oberen Luftwege.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 375. 1913.*

Die Erfahrungen der Gerber'schen Klinik erstrecken sich auf 22 Fälle, deren Krankengeschichten kurz mitgetheilt werden. Die Resultate sind durchwegs günstig. Im Anschluss an die Injection sind Schüttelfrost, kurzdauerndes Fieber über 38,5 nicht allzu selten (6 Fälle). Schwerere üble Zufälle wurden nicht beobachtet.

Das Neosalvarsan wirkt auch auf die nicht specifischen Spirochätosen sowohl bei intravenöser, als auch bei localer Anwendung.

OPPIKOFER.

13) **Adolf Hoffmann** und **Martin Kochmann** (Greifswald). **Verminderung der Novocainconcentration durch Kaliumsulfat bei der Localanästhesie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 48. 1912.*

„Die Combination des Novocains mit Kalium sulfuricum gestattet ein erhebliches Herabgehen in der Concentration des Novocains weit unter das arithmetische Mittel hinaus (Potenzirung). Die Kaliumdosis kann wegen ihrer Geringfügigkeit bei der subcutanen Application vom toxicologischen Standpunkt vernachlässigt werden. Die 0,1 proc. Novocainkaliumsuprareninlösung entspricht in ihrer Wirkung der gewöhnlichen 0,5 proc. Novocainlösung Braun's. Brechreiz oder Erbrechen fehlen auch bei Verabreichung grösserer Mengen. Der Nachschmerz fällt fort oder ist ausserordentlich gering."

ZARNIKO.

14) **Heinrich L. Baum** (München). **Die neueren Errungenschaften auf dem Gebiete der Localanästhesie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51/52. 1912.*

Lesenswerthes Uebersichtsreferat.

ZARNIKO.

A. Ephraim (Breslau). **Ueber die Anwendung des chlorsauren Aluminiums der Ohren- und Nasenheilkunde.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. ·. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 6. S. 337. 1913.*

rf. benutzte das chlorsaure Aluminium, welches das Chlor auch in Eiweiss- in flüchtigem Zustande abspaltet, in verschiedener Form, nämlich als ·g, als Spülung und zur Tränkung der Dauertampons. Er sah gute einer Anzahl von acuten und chronischen Mittelohreiterungen, dann Nachbehandlung nach Siebbeinoperation und bei subacuter Ethmoiditis. ·en versagte das Mittel in mehreren Fällen von chronischer Kieferhöhlen- ·rung vollständig.

OPPIKOFER.

16) **Citelli. Das Pituitrin bei operativen und spontanen Hämorrhagien der Respirationswege.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 6. S. 525. 1913.*

Da das Zirbeldrüsenextract bei uterinen Hämorrhagien günstig wirkt und heute von einer Reihe Autoren der Hydrastis, dem Ergotin und dem Stypticin vorgezogen wird, so hat Verf. dieses Mittel nun auch bei spontanen oder operativen Blutungen der oberen Luftwege angewendet; er vermuthete nämlich, dass das Hypophysisextract nicht nur auf die Muskelzellen der Gebärmutter, sondern auch der Gefässe stimulirend wirkt. Verf. ist mit den erhaltenen Resultaten sehr zufrieden; das Pituitrin erwies sich ihm bei spontanen Blutungen der Nase, des Rachens und der Bronchien, bei Hämorrhagien nach Operationen in Nase oder Rachen als ausgezeichnetes Blutstillungsmittel. Auch konnte, wenn 1 ccm Pituitrin $^1/_4$ oder $^1/_2$ Stunde vor der Operation injicirt wurde, die Blutung während der Operation bedeutend vermindert werden. Das Pituitrin hat also eine energische vasoconstrictorische Kraft ähnlich wie das Adrenalin und ist sogar nach den Erfahrungen von Verf. den Nebennierenpräparaten vorzuziehen, weil der Einfluss auf die Vasoconstrictoren bei Verabreichung von Hypophysisextract viel länger (viele Stunden, selbst einen Tag hindurch) anhält und die auf die Vasoconstriction folgende Gefässerweiterung nicht so rasch einsetzt, sondern ganz allmählich erfolgt. Der frisch gebildete Thrombus kann also nicht leicht wieder losgelöst werden und die Blutung steht dauernd.

Die Firma Parke u. Davis bringt das Pituitrin, das aus dem hinteren Lappen der Hypophyse gewonnen wird, in sterilisirten Phiolen von $^1/_2$—1 ccm Inhalt in den Handel. Auch Borroughs Wellcome fabriciren unter dem Namen Vaporole und Poehl unter der Bezeichnung Hypophysin ein Hypophysenextract.

Eine Reihe von Krankengeschichten soll den Leser von der prompten blutstillenden Wirkung des Mittels überzeugen. Da aber einerseits zu den operativen Eingriffen auch Adrenalin verwendet wurde und andererseits die Stärke und Dauer einer Blutung auch normaler Weise ohne Verwendung von blutstillenden Mitteln grosse individuelle Schwankungen zeigen, so wird vielleicht doch die Zahl der Beobachtungen eine noch grössere sein müssen, bevor über den blutstillenden Werth des Mittels das definitive Urtheil gefällt werden kann. Jedenfalls regen aber die günstigen Resultate von Verf. an, dieses Mittel namentlich bei heftigen Spontanblutungen zu versuchen, dies um so mehr, als Verf. bei der Injection von 1 bis mehreren ccm Pituitrin niemals unangenehme Folgen gesehen hat.

OPPIKOFER.

Verf. im Weiterausbau der Pharmakosynthese gemeinsam mit den chemischen Werken C. F. Böhringer & Söhne neue Abkömmlinge des Chinins, sowie neue Arsenderivate darzustellen, die in wirksamer Weise gegen protozoische Krankheitserreger, insbesondere gegen die der Schlafkrankheit, Malaria und der Spirochäten Anwendung finden könnten. Unter einer Reihe neuer Präparate wurden zwei, das Bismethylaminotetramino- und Hexamino-arsenobenzol zunächst im Thierversuch durchgeprüft. Die Arbeit enthält einen eingehenden Bericht über Chemismus, Toxicität, Bereitung der Injectionslösungen, Wahl der Injectionsart und therapeutischen Effect bei Spirochätenkrankheiten im Tierversuch. HECHT.

11) **H. L. Whale. Die Anwendung von Arsenpräparaten bei Syphilis von Nase und Hals. (The use of arsenical compounds for syphilis of the nose and throat.)** *Lancet. 16. Juli 1913.*

Verf. hat bei 16 Patienten mit tertiärer Syphilis in Hals und Nase 43 Injectionen von Salvarsan und Neosalvarsan angewandt und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. Es hat die therapeutische Wirkung des Neosalvarsans weniger energisch gefunden, so dass mehrere Injectionen gemacht werden müssen, um das einer Salvarsaninjection entsprechende Resultat zu erreichen. Andererseits fand er das Neosalvarsan frei von jeder Toxicität und empfiehlt daher seine Anwendung in allen Fällen, wo kein Grund gegen wiederholte Injectionen vorliegt.

A. J. WRIGHT.

12) **Schlesinger. Unsere Resultate mit Neosalvarsan bei luetischen Affectionen der oberen Luftwege.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 375. 1913.*

Die Erfahrunger der Gerber'schen Klinik erstrecken sich auf 22 Fälle, deren Krankengeschichten kurz mitgetheilt werden. Die Resultate sind durchwegs günstig. Im Anschluss an die Injection sind Schüttelfrost, kurzdauerndes Fieber über 38.5 nicht allzu selten (6 Fälle). Schwerere üble Zufälle wurden nicht beobachtet.

Das Neosalvarsan wirkt auch auf die nicht specifischen Spirochätosen sowohl bei intravenöser, als auch bei localer Anwendung. OPPIKOFER.

13) **Adolf Hoffmann** und **Martin Kochmann** (Greifswald). **Verminderung der Novocainconcentration durch Kaliumsulfat bei der Localanästhesie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 48. 1912.*

„Die Combination des Novocains mit Kalium sulfuricum gestattet ein erhebliches Herabgehen in der Concentration des Novocains weit unter das arithmetische Mittel hinaus (Potenzirung). Die Kaliumdosis kann wegen ihrer Geringfügigkeit bei der subcutanen Application vom toxicologischen Standpunkt vernachlässigt werden. Die 0,1 proc. Novocainkaliumsuprareninlösung entspricht in ihrer Wirkung der gewöhnlichen 0,5 proc. Novocainlösung Braun's. Brechreiz oder Erbrechen fehlen auch bei Verabreichung grösserer Mengen. Der Nachschmerz fällt fort oder ist ausserordentlich gering." ZARNIKO.

14) **Heinrich L. Baum** (München). **Die neueren Errungenschaften auf dem Gebiete der Localanästhesie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51/52. 1912.*

Lesenswerthes Uebersichtsreferat. ZARNIKO.

15) **A. Ephraim** (Breslau). **Ueber die Anwendung des chlorsauren Aluminiums in der Ohren- und Nasenheilkunde.** *Beiträge zur Anat., Physiol., Pathol. u. Ther. des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. 6. S. 337. 1913.*

Verf. benutzte das chlorsaure Aluminium, welches das Chlor auch in Eiweisslösungen in flüchtigem Zustande abspaltet, in verschiedener Form, nämlich als Einpinselung, als Spülung und zur Tränkung der Dauertampons. Er sah gute Erfolge bei einer Anzahl von acuten und chronischen Mittelohreiterungen, dann auch bei Nachbehandlung nach Siebbeinoperation und bei subacuter Ethmoiditis. Dagegen versagte das Mittel in mehreren Fällen von chronischer Kieferhöhleneiterung vollständig. OPPIKOFER.

16) **Citelli. Das Pituitrin bei operativen und spontanen Hämorrhagien der Respirationswege.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 6. S. 525. 1913.*

Da das Zirbeldrüsenextract bei uterinen Hämorrhagien günstig wirkt und heute von einer Reihe Autoren der Hydrastis, dem Ergotin und dem Stypticin vorgezogen wird, so hat Verf. dieses Mittel nun auch bei spontanen oder operativen Blutungen der oberen Luftwege angewendet; er vermuthete nämlich, dass das Hypophysisextract nicht nur auf die Muskelzellen der Gebärmutter, sondern auch der Gefässe stimulirend wirkt. Verf. ist mit den erhaltenen Resultaten sehr zufrieden; das Pituitrin erwies sich ihm bei spontanen Blutungen der Nase, des Rachens und der Bronchien, bei Hämorrhagien nach Operationen in Nase oder Rachen als ausgezeichnetes Blutstillungsmittel. Auch konnte, wenn 1 ccm Pituitrin $^1/_4$ oder $^1/_2$ Stunde vor der Operation injicirt wurde, die Blutung während der Operation bedeutend vermindert werden. Das Pituitrin hat also eine energische vasoconstrictorische Kraft ähnlich wie das Adrenalin und ist sogar nach den Erfahrungen von Verf. den Nebennierenpräparaten vorzuziehen, weil der Einfluss auf die Vasoconstrictoren bei Verabreichung von Hypophysisextract viel länger (viele Stunden, selbst einen Tag hindurch) anhält und die auf die Vasoconstriction folgende Gefässerweiterung nicht so rasch einsetzt, sondern ganz allmählich erfolgt. Der frisch gebildete Thrombus kann also nicht leicht wieder losgelöst werden und die Blutung steht dauernd.

Die Firma Parke u. Davis bringt das Pituitrin, das aus dem hinteren Lappen der Hypophyse gewonnen wird, in sterilisirten Phiolen von $^1/_2$—1 ccm Inhalt in den Handel. Auch Borroughs Wellcome fabriciren unter dem Namen Vaporole und Poehl unter der Bezeichnung Hypophysin ein Hypophysenextract.

Eine Reihe von Krankengeschichten soll den Leser von der prompten blutstillenden Wirkung des Mittels überzeugen. Da aber einerseits zu den operativen Eingriffen auch Adrenalin verwendet wurde und andererseits die Stärke und Dauer einer Blutung auch normaler Weise ohne Verwendung von blutstillenden Mitteln grosse individuelle Schwankungen zeigen, so wird vielleicht doch die Zahl der Beobachtungen eine noch grössere sein müssen, bevor über den blutstillenden Werth des Mittels das definitive Urtheil gefällt werden kann. Jedenfalls regen aber die günstigen Resultate von Verf. an, dieses Mittel namentlich bei heftigen Spontanblutungen zu versuchen, dies um so mehr, als Verf. bei der Injection von 1 bis mehreren ccm Pituitrin niemals unangenehme Folgen gesehen hat. OPPIKOFER.

17) **Kafemann** (Königsberg). **Das Jodostarin in der Rhino-Oto-Laryngologie, nebst einem Hinweis auf einige weniger bekannte, aber häufige Indicationen des Jodgebrauchs.** *Med. Klinik. No. 35. 1913.*

Durch verlängerten Jodgebrauch in der Form des Jodostarins wurde bei adenoiden Wucherungen ein bemerkenswerther Rückgang erzielt. Gute Erfolge erreichte Verf. mit diesem Mittel bei einer eigenartigen Form eines von ihm als specifisch „russischer Katarrh" bezeichneten Nasenkatarrhs, sowie bei Otosklerose.

SEIFERT.

18) **Edward J. Brown. Conservative Behandlung einiger Ohren- und Nasenkrankheiten mittels heisser Luft und Jodoform. (Conservative treatment of some aural and nasal conditions by hot air and jodoform.)** *Journ. amer. med. association. 21. Juni 1913.*

Verf. hat Patienten mit Hals- und Ohrschmerzen infolge acuter Pharyngitis mittels einer einfachen Application von Heissluft und Jod in statu nascendi erhebliche Erleichterung und baldiges Nachlassen aller Beschwerden gebracht. Verf. glaubt, dass die Wirkung darauf beruht, dass die weniger widerstandsfähigen Bakterien zerstört und die Gewebe zum Trocknen und Schrumpfen gebracht werden nebst secundärer Steigerung der Zellthätigkeit und Entfernung der die Drainage behindernden entzündlichen Producte.

EMIL MAYER.

19) **Réthi** (Wien). **Radium in der Laryngo-Rhinologie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkd. Bd. 47. S. 1213. 1913.*

Referat, gehalten in der 26. Section für Hals- und Nasenkrankheiten auf dem 85. Congress deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien. September 1913. Die Angaben über die mit Radium erhaltenen Resultate gehen bei den verschiedenen Autoren sehr auseinander. Deshalb soll vorläufig wenigstens die Radiumbehandlung eine ergänzende und nicht eine concurrirende Methode der operativen Behandlung sein; Carcinome, die noch operabel sind, sollen nicht von vorne herein mit Radium behandelt, sondern mit dem Messer entfernt werden.

Ueber die Indicationen, Stärke der Präparate, Art der Anwendung kann heute noch kein abschliessendes Urtheil gegeben werden. Immerhin steht es fest, dass die Radiumstrahlen ein wichtiges therapeutisches Hilfsmittel darstellen, die möglicher Weise eine gänzliche Umwandlung in der Behandlung namentlich der bösartigen Neubildungen herbeiführen werden.

OPPIKOFER.

20) **Hans Reuter** (Bayreuth). **Ueber eine neue Lampe zur Diaphanoskopie und Endoskopie.** Mit 1 Abb. *Münchener med. Wochenschr. No. 28. 1913.*

Beschreibung einer in erster Linie für augenärztliche Zwecke construirten, aber auch zur Durchleuchtung der Nasennebenhöhlen geeigneten, sterilisirbaren Lampe, die von zwei kleinen Trockenbatterien gespeist wird. Das ganze Instrumentarium ist in einem bequem zu transportirenden Holzkästchen enthalten und ersetzt vollkommen die üblichen Durchleuchtungslampen, die auf einen elektrischen Anschluss angewiesen sind, ist daher für Untersuchungen in der Wohnung des Kranken sehr geeignet. Die Trockenbatterien sind die gleichen, wie sie für die

elektrischen Taschenlampen im Gebrauch sind. Zu beziehen von der Firma Paul Walb, Nürnberg, Bindergasse. HECHT.

21) **Levinger** (München). **Gesichtsschutzvorrichtung aus Papier.** Mit 1 Abb. *Münchener med. Wochenschr. No. 29. 1913.*

Verf. schützt in sehr einfacher, praktischer Weise Nase und Mund durch einen rechteckigen Papiervorhang, dessen oberer, nach der einen Seite umgefalzter Theil einseitig am Rande gummirt ist und nach Anfeuchtung der Nase beiderseits im knöchernen Theil angeklebt wird. Die Augen werden durch eine Brille oder Pincenez geschützt. Ausser zum Schutze des Arztes findet dieser Papiervorhang auch Verwendung, den Pat. vor Infection zu schützen, z. B. bei acuter Rhinitis des Arztes, aber auch bei Bauchoperationen etc. Einzeln gelegt können diese Papiere auch, ohne Schaden zu leiden, mit Dampf sterilisirt werden. Die Papiere sind bei der Firma Hermann Katsch, München, zu haben. HECHT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

22) **K. Kassel** (Posen). **Die Nasenheilkunde der Neuzeit.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 629. 1913.*

Verf. giebt in dem vorliegenden 5. Abschnitt seiner Geschichte der Nasenheilkunde eine höchst interessante Uebersicht über die Kenntnisse auf dem Gebiete der Nasenkrankheiten am Ende des 15. und im Verlaufe des 16. Jahrhunderts. Im Grossen und Ganzen waren die Kenntnisse zu dieser Zeit noch sehr mangelhaft; nirgends ist erwähnt, dass der Versuch gemacht wurde, das Naseninnere zu spiegeln. Man beschäftigte sich hauptsächlich mit der Behandlung des Nasenblutens, mit den äusseren Verletzungen der Nase und des Ohres, welche in der damaligen kriegerischen, ungebundenen Zeit zum Theil sehr schwere waren und endlich mit den Veränderungen, namentlich auch an der äusseren Nase, in Folge Lues, Pocken und Lepra. Schon dazumal wird von den Aerzten darauf aufmerksam gemacht, dass die Schnittwunden im Gesicht und am Kopf leicht heilen. Interessant ist auch die Tatsache, dass schon am Ende des 16. Jahrhunderts die Rhinoplastik geübt wurde. Zum Entfernen von Fremdkörpern aus der Nase empfahl der Wundarzt Hieronymus Braunschweig in seiner im Jahre 1497 erschienenen Chirurgia dem Patienten Niesswurz unter die Nase zu halten, während später Ambroise Paré, der von 1517—1590 lebte und in Frankreich dazumal als der hervorragendste Vertreter der Chirurgie galt, die Nase von aussen eröffnete, wenn der Fremdkörper nicht mit einer Pincette entfernt werden konnte. Von Geschwülsten der Nase erwähnt der letztere nur die Nasenpolypen, von denen er 5 Arten unterscheidet. Bei Frakturen der Nase liess er abgeflachte goldene, silberne oder bleierne Canülen einlegen, um ein Einsinken der Nase zu verhindern. Unter den Geburtsfehlern erwähnt dieser französische Autor auch den membranösen Verschluss der Nase.

Sehr lesenswerth sind auch die Krankengeschichten, welche Verf. in den Originalarbeiten gefunden hat und die stellenweise mit viel Humor geschrieben sind. Diese Krankengeschichten haben nicht nur wegen ihres medicinischen In-

haltes, sondern auch deshalb Interesse, weil sie in das Leben der damaligen Aerzte einen Einblick gestatten. Was die Therapie der Nasenblutung anbelangt, so empfahlen bereits einzelne Aerzte der damaligen Zeit die vordere Tamponade. Dass dieselbe aber nicht consequent durchgeführt wurde, geht daraus hervor, dass dieselben Aerzte, welche die Tamponade übten, auch eine Unmenge von anderen Blutstillungsmitteln aufzählen, die zum Theil zweckmässig, zum Theil aber auch ganz sonderbarer Natur waren. So galt z. B. als sehr beliebtes Mittel gegen Nasenbluten das Moos, welches auf den der Luft ausgesetzten menschlichen Hirnschalen oder an den Skeletten aus Gebeinshäusern wuchs (Muscus ex cranio humano); es wurde zu Pulver zerrieben und dann äusserlich oder innerlich angewendet. Geschätzt als Blutstillungsmittel war im Ferneren der Stein, der sich im Kopf des Karpfen befindet und ebenfalls zu Pulver zerrieben wurde. Auch wurde empfohlen, bei Nasenbluten Schröpfköpfe anf verschiedene Theile des Körpers aufzulegen, wobei auch die Hinterbacken nicht verschont blieben, oder es wurden die Genitalien oder auch der ganze Körper in ein Tuch eingewickelt, das mit Eiweiss und Essig getränkt war. Wieder andere Aerzte schnürten die Nase mit einem rothen Bindfaden zu oder zapften aus derjenigen Vena poplitea, die der blutenden Nasenseite entspricht, Blut ab.

OPPIKOFER.

23) **O. Levinstein** (Berlin). **Zur Pathologie und Therapie vom Tuberculum septi ausgehender nasaler Reflexneurosen.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 251. 1913.*

Mittheilung von 7 Fällen. In dem ersten Falle gingen die Augenbeschwerden, welche durch den Augenarzt als nervöse taxirt worden waren, durch mehrmaliges Cauterisiren des Tuberculum septi zurück. Die Inspection des Naseninnern hatte einen normalen Befund ergeben, hingegen wies die Prüfung der Sensibilität der Nasenschleimhaut eine ausgesprochene Hyperästhesie des linken Tuberculum septi nach, dessen mechanische Reizung einen Anfall des Augenleidens hervorrief und dessen Anästhesirung die Augenbeschwerden coupirte.

In den übrigen Fällen, die Verf. mittheilt, zeigt sich die nasale Reflexneurose in Gestalt eines hartnäckigen Kopfschmerzes; in vier der sechs Fälle ergab die Rhinoskopie normale Verhältnisse und in zwei zeigte sich eine unbedeutende Hyperplasie des linken Tuberculum septi. Die sechs Fälle waren bereits von anderer Seite wegen hartnäckiger Kopfschmerzen behandelt worden, und es hatte dann die Sensibilitätsprüfung gleich wie im oben erwähnten ersten Fall eine Hyperästhesie des Tuberculum septi ergeben. Mit dem Spitzbrenner wurde ein tiefer Strich durch das Tuberculum septi gezogen und es verschwand dann die Hyperästhesie des Tuberculum. Patienten, bei denen eine Reflexneurose mit der Reizzone im Tuberculum septi besteht, klagen meistens auch über bestimmte nasale Symptome, Kitzelgefühl, Niessreiz, von der Nase nach dem von der Reflexneurose afficirten Organe hin ausstrahlende Schmerzen, über ein Gefühl der Völle in der Nase.

Die Diagnose stützt sich vor allem auf den Ausfall der Sensibilitätsprüfung der Nasenschleimhaut und des Cocainexperimentes und auf das günstige Resultat der nasalen Therapie, bei der die Galvanocaustik nach der Erfahrung des Ver-

fassers rascher und sicherer zum Ziele zu führen scheint, als die chemischen Aetzmittel.

OPPIKOFER.

24) **P. Bonnier. Ueber die Reizung der Medulla von der Nase aus, behufs Behandlung der Enuresis nocturna. (La sollicitation nasobulbaire et incontinence nocturne.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXV. No. 2. 1913.*

Ganz kleine Stichelungen mit dem elektrischen Brenner, die man an der Schleimhaut etwas oberhalb und auswärts vom vorderen Pole der unteren Muschel anbringt, sind imstande auch das hartnäckigste nächtliche Bettnässen in ein bis zwei Sitzungen zu curiren. Ueber ein Dutzend Krankengeschichten werden zum Beweise vom Verf. angeführt.

LAUTMANN.

25) **P. Bonnier. Die Hämorrhoiden und der Bulbustonus. (Les hémorrhoïdes et la tonicité bulbaire.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXVI. No. 1. 1913.*

Wir übersetzen wörtlich: Das Centrum für die Hämorrhoiden befindet sich in der Medulla im unteren Theile der Reihe für den Verdauungsapparat. In der Nase befindet sich das correspondirende periphere Segment hinter dem Geschlechtssegment, unterhalb des urethro-vesicalen Punktes und des Punktes für den Ischiadicus. Die ganze Gegend des vorderen Poles der unteren Muschel gestattet mittelst leichter galvanocaustischer Stichelungen günstig einzuwirken auf die Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Leukorrhoe, Gonorrhoe, Impotentia, sexuelle Reizung, auf die das Wachsthum begünstigende interne Secretion, den Gesammttonus, die Virilität, den Blutdruck, auf den normalen physiologischen und den anatomischen Zustand der Harnorgane. In der Nähe liegen die Segmente für die Ischias und den Lumbago und auch noch die Segmente für die verschiedenen Leiden des Rectums und des Anus, unter ihnen die der Hämorrhoiden. Im Anschluss führt Verf. 20 (zwanzig) von ihm auf diese Weise geheilte Fälle von Hämorrhoiden an.

LAUTMANN.

26) **Eugen Holländer** (Berlin). **Ein dritter Weg zur totalen Rhinoplastik.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 3. 1913.*

Bei isolirtem Defect der Nase war bisher die sogenannte italienische Plastik (Entnahme des Lappens vom Arm) die Methode der Wahl. Die Nachtheile dieser Methode vermeidet Verf., indem er den Lappen aus der Brusthaut über dem Sternum bildet. Die Vorzüge dieses Verfahrens vor der italienischen Methode sind folgende:

1. Beiden Methoden gemeinsam ist die gebeugte Fixirung des Kopfes gegen die Brust; die peinvolle Armhaltung fällt bei der neuen Methode weg.

2. Das wesentliche Moment aber beruht in der plastischen Ueberlegenheit der Brustbeinhaut, die in ihrer Qualität der Stirnhaut gleichkommt.

3. Die Nekrosengefahr ist geringer, weil keine Stieldrehung nöthig ist.

4. Weitere Gesichtsentstellung wird vermieden, ein Operationsact — Exstirpation der Brücke — fällt weg.

ZARNIKO.

27) **A. Rosenstein** (Posen). **Ein dritter Weg zur totalen Rhinoplastik.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. 1913.*

Schon vor Holländer hat Steinthal (Beitr. z. klin. Chir., Bd. 29) eine Methode der Rhinoplastik aus der Brusthaut empfohlen.

Vor Steinthal's Publication hat Verf. einen Hautlappen zunächst auf das Kinn und von hier in einer zweiten Sitzung auf die Nasengegend verpflanzt.

ZARNIKO.

28) **Eugen Holländer** (Berlin). **Nochmals der dritte Weg zur totalen Rhinoplastik.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 10. 1913.*

Abfällige Kritik der von Rosenstein angegebenen Wanderlappenplastik.

ZARNIKO.

29) **C. H. Gantvoort** (Amsterdam). **Verbesserung der äusseren Form der Nase durch Operation.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 35. S. 2063. 1912.*

Ein Fall mit Erfolg nach Joseph operirt.

v. GILSE.

30) **J. Leopold Siemens** (Amsterdam). **Verbesserung der äusseren Form der Nase auf endonasalem Wege.** *Medisch weekblad. XX. No. 1. S. 1.*

Vier Fälle nach Joseph operirt; ein Fall von Paraffininjection bei Sattelnase.

v. GILSE.

31) **Lagarde. Paraffinprothese und Nasendifformitäten. (Prothèse paraffinique et difformités nasales.)** *Arch. générales de méd. Febr. 1913.*

Verf. beschreibt die von ihm im Jahre 1904 zuerst angegebene Methode der Verwendung von kaltem erweichten Paraffin, das unter Druck eingespritzt wird, schildert sein Instrumentarium und die angewandte Technik. Seit einem Jahre verwendet er Paraffin-Bismuthmischung; man kann dann später Röntgenaufnahmen machen und constatiren, dass das Paraffin in Form eines soliden Blockes im Bindegewebe sitzt.

FINDER.

32) **William W. Carter. Ein Fall von Wiederherstellung der ganzen Nase mittels Rhinoplastik und Knochentransplantation. (A case showing restoration of the entire nose by rhinoplasty and bone transplantation.)** *Journ. american medical association. 8. März 1913.*

Verf. resecirte ein Stück vom Knorpel der 9. Rippe, transplantirte es zwischen oberflächliche und tiefe Fascie über dem Biceps des linken Armes und, nachdem innerhalb 10 Tagen vollkommene Einheilung in das Gewebe erfolgt war, wurde mit Erfolg die Rhinoplastik ausgeführt.

EMIL MAYER.

33) **Clarence A. McWilliams. Rhinoplastik mit Finger. (Rhinoplasty with finger.)** *Journ. american medical association. 8. März 1913.*

Verf. empfiehlt als ausgezeichnet und die besten Resultate gebend die Methode, einen Finger zur Deckung des Nasendefectes zu benutzen. Der einzige Einwand gegen die Methode sei, dass ein Finger geopfert werden müsse.

EMIL MAYER.

34) **H. Bordier. Die elektrische Behandlung des Rhinophyma. (Le traitement électrique du rhinophyma (acné hypertrophique).** *Presse médicale. No. 57. 1913.*

Gegenüber der chirurgischen Behandlung empfiehlt Verf. die Elektrolyse. Zwei oder drei Sitzungen genügen, um auch die stärksten Verunstaltungen zum

Verschwinden zu bringen. Die genauere Technik wird nicht angegeben, doch sagt der Verf., dass er Ströme von 40 M.-A. meistens ohne Anästhesie zur Verwendung bringt! Nur eigene Praxis kann die Technik erlernen lassen. LAUTMANN.

35) **Therstappen. Beitrag zum Krankheitsbild der Ostitis fibrosa.** Mit 4 Abb. Aus der Akademie für prakt. Medicin in Köln (I. chir. Abth.: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Bardenbeuer). *Münchener med. Wochenschr. No. 25. 1913.*

Mittheilung der Krankengeschichte, des Operationsbefundes, des pathologisch-anatomischen, sowie mikroskopischen Befundes eines Falles von Ostitis fibrosa des Stirnbeines, bei dem die Geschwulst die Wandung des Sinus frontalis mitergriffen hatte. Radicale Entfernung der Geschwulst, secundäre Knochenplastik, Heilung. Anschliessend Erörterungen differentialdiagnostischer und pathologisch-anatomischer Art. HECHT.

36) **De Block. Drei Beobachtungen über offene Brüche des Schädeldaches und der Stirnhöhle. (Trois observations de fractures ouvertes de la voûte cranienne et du sinus frontal.)** *Arch. méd. belges. September 1913.*

Verf. plädirt für frühzeitige Trepanation als erfolgreichste und rationellste Therapie. PARMENTIER.

37) **M. Pauncz** (Budapest). **Acute, bilaterale Sinusitis frontalis mit Extraduralabscess.** *Verhandl. d. königl. Aerztevereins in Budapest. No. 15. 1913.*

Operation, Heilung. POLYAK.

38) **A. Fischer** (Budapest). **Radicale Operation eines nach aussen durchgebrochenen Stirnhöhlenempyems.** *Verhandl. d. königl. Aerztevereins in Budapest. No. 6. 1913.*

Der Fall betraf ein 12 Jahre altes Mädchen. POLYAK.

39) **Vangehuchten. Schwere Affection des Stirnlappens: 1. Grosser Tumor des rechten Stirnlappens; 2. Grosser Abscess des linken Stirnlappens in Folge Anomalie des Siebbeins. (Lésion grave du lobe frontal: 1. Tumeur volumineux du lobe frontal droit; 2. Abcès volumineux du lobe frontal gauche par anomalie du sinus éthmoidienne.)** *Académie royale de Belgique. 28. Juni 1913.*

Im zweiten Fall handelte es sich um einen mit Siebbein- und Stirnhöhle communicirenden Abscess, also einen Cerebralabscess rhinogenen Ursprungs.

PARMENTIER.

40) **Richard H. Johnston. Extraduralabscess als Complication von Stirnhöhlenempyem. (Extra-dural abscess complicating frontal sinusitis.)** *The Laryngoscope. März 1913.*

Verf. bespricht die Schwierigkeiten der Diagnose, die sehr häufig unmöglich ist; auch ist es oft nicht möglich, die Differentialdiagnose gegenüber dem Hirn-

abscess zu stellen. Bisweilen bestehen überhanpt keine Symptome und der Abscess wird bei der Operation oder Autopsie gefunden. EMIL MAYER.

41) W. Zemann. **Beitrag zur Kenntniss der endocraniellen Complicationen nach chronischer Nebenhöhleneiterung.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6. S. 545. 1913.*

Meningitis und Hirnabscess bei einem 37 Jahre alten Mann im Anschluss an beiderseitige chronische Stirn- und linksseitige Siebbeinzelleneiterung. Radicaloperation nach Killian. Auffinden der Abscesse im rechten Stirnhirn (ein oberflächlicher Rindenabscess und zwei mit diesem communicirende tiefliegende Abscesse) erst bei der Section. Infection per continuitatem. OPPIKOFER.

42) Geo E. Davis. **Welches ist der beste Typus von Radicaloperation der Stirnhöhle? (What is the best type of radical frontal sinus operation?)** *Annals of otology, rhinology and laryngology. September 1912.*

Die Radicaloperation des Verf.'s unterscheidet sich von der Killian'schen im Wesentlichen nur dadurch, dass er nur ausnahmsweise ein Stück des Stirnhöhlenbodens mit entfernt. EMIL MAYER.

43) Luc. **Ueber den Zugang zum Siebbein nach Mosher. (La voie d'accès dans le labyrinthe ethmoidal suivant le procédé d'Hairis Mosher).** *Annales des maladies de l'oreille. No. 6. 1913.*

Siehe Oto-Rhino-Laryngologen-Congress Paris 1913. Das ausführliche Original kann in Anbetracht der grossen praktischen Bedeutung der intranasalen Operationen wärmstens empfohlen werden. LAUTMANN.

44) Guisez. **Ueber eine Varietät von Migräne ethmoidalen Ursprungs. (Sur une variété de migraine d'origine ethmoidale.)** *Académie de méd. 8. April 1913.*

Verf. führt eine grosse Anzahl von „Migränen" auf bestimmte Veränderungen am Siebbein zurück: Hypertrophie des vorderen Endes der mittleren Muschel oder der Bulla ethmoidalis, Polypen im mittleren Nasengang, myxomatöse Degeneration der Muschelschleimhaut etc. In allen diesen Fällen ist Eingreifen seitens des Rhinologen indicirt. GONTIER DE LA ROCHE.

c) Mundrachenhöhle.

45) A. Sikkel (den Haag). **Die chronische Mandelentzündung, ihre Bedeutung und Behandlung, (De slepende ontsteking der amandelen, haar beteekenis en behandeling.)** *Ned. Tijdschr. voor Geneesk. I. No. 15. S. 1008. 1913.*

Bei Kindern soll man chronisch entzündete Mandeln so lange wie möglich conservativ behandeln: Ausspülen der Krypten mit Salzlösung, Collargol oder Protargol (nicht mit Jodglycerin). Den Zugang zu tiefen Krypten kann man event. freilegen; wenn nöthig, entfernt man die Plica triangularis. VAN GILSE.

46) J. Lang. **Pseudomembranöse Pneumokokken-Angina.** *Klin. Bericht in Casopis lékaruv ceskych 1913.*

Bei einem 60jährigen Manne, der früher stets gesund gewesen war, stellten

sich Schmerzen im Halse ein, die zeitweilig von Frostgefühl im Rücken begleitet waren. Nach sechswöchigem Andauern der Halsschmerzen wurden an der rechten Tonsille gelblich-graue, festhaftende Beläge constatirt. Die Umgebung grauroth. Links ein ähnlicher Befund, jedoch geringeren Grades. Der Zustand besserte sich erst nach Injectionen von Antipneumokokkenserum (dreimal 200, zweimal 100 Einheiten) und die Beläge, in denen der Diplococcus pneumoniae gefunden worden war, schwanden. Bald darauf stellten sich wieder Recidive ein. Obwohl keine Anhaltspunkte für Lues bestanden (die Wassermann'sche Reaction hatte ein negatives Ergebniss) brachte Jodkali definitive Heilung. STEINER.

47) **Reh. Pseudomembranöse Pneumokokkenangina. (Angina pseudomembraneuse à pneumococces.)** *Revue suisse de méd. No. 37. 1912.*

Verf. berichtet über einen Fall von Angina pseudomembranacea auf der Basis einer Pneumokokkeninfection bei einem $5^1/_2$jährigen Mädchen. Der bacteriologische Nachweis der Fränkel'schen Diplokokken gelang nicht, so dass zuerst Scharlach oder Diphtherie diagnosticirt wurde. Klinisch war der Fall ausgezeichnet durch den cyclischen Verlauf und das Verschwinden der Allgemeinerscheinungen, die besonders scharf am 5. und 6. Krankheitstage auftraten mit kritischem Temperaturabfall. Gemäss der anfänglichen diagnostischen Annahme einer Diphtherie wurde Patientin mit Diphtherieheilserum behandelt und naturgemäss mit negativem Erfolg.

FINDER.

48) **Meyerson. Ueber blutlose Eröffnung der Tonsillabscesse.** *Medycyna. No. 27. 1913.*

Verf. ist Anhänger der Killian'schen Methode, d. h. bei den Peritonsillarabscessen bohrt er mit einer Sonde die Fascie in dem Supratonsillartriangel durch. Verf. sieht in dieser Methode viele Vortheile. A. v. SOKOLOWSKI.

49) **Kassel** (Posen). **Zur conservativen Behandlung der Mandeln.** *Med. Klinik. No. 29. 1913.*

Wenn die Versuche, durch conservative Behandlung Heilung oder wenigstens hinreichende Besserung zu erzielen, nicht den gewünschten Erfolg hatten und die Operation erforderlich ist, sollte nicht versäumt werden, den Eltern gegenüber die Nothwendigkeit der diätetischen und medikamentösen Allgemeinbehandlung zu betonen. SEIFERT.

50) **R. Goldmann** (Iglau). **Zur Behandlung der Gaumenmandeln.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 1028. 1913.*

Besprechung der Indication zur Tonsillektomie und ihrer Ausführung.

OPPIKOFER.

51) **J. M. Ray. Nochmals die Tonsillenfrage. (The tonsil question again.)** *The Louisville monthly journal of medicine and surgery. Mai 1913.*

Nach Abwägung aller für und gegen die Entfernung der Tonsillen sprechenden Momente gelangt Verf. zu folgenden Indicationen:

In allen Fällen einfacher Hypertrophie, die Athembehinderung bedingen, ferner bei häufig recidivirenden Anfällen von Angina follicularis oder Peritonsillarabscess, bei in der Tonsille entspringenden Geschwülsten, gutartigen oder bösartigen.

EMIL MAYER.

52) **H. A. Foster. Chirurgische Entfernung der Mandeln mittels Fingerenucleation. (Surgical removal of tonsils; finger enucleation.)** *American journal of surgery. April 1912.*

Der erste und wichtigste Schritt, um mittels des Verfahrens Zugang zu der Kapsel durch das Schleimhautband hindurch zu gelangen, welches eine Fortsetzung des vorderen Gaumenbogens ist, besteht darin, dass man die Spitze des Zeigefingers an diese Schleimhautfalte legt und nach aussen und vorn gehend den vorderen Gaumenbogen von der Kapsel trennt.

EMIL MAYER.

53) **Gunnar Holmgren. Ueber Tonsillektomie. (Om tonsillectomi.)** *Oto-laryngologiska meddalanden. Bd. I. H. 3. September 1913.*

Nachdem Verf. die Entwickelung — nach Köllicker und J. Killian — und die makroskopische Anatomie der Tonsillen erwähnt hat, schildert er die Physiologie derselben, er spricht hier besonders von der Schutz- und Infectionstheorie.

Die vergrösserte, gut begrenzte und mit der Umgebung nicht adhärente Tonsille entfernt er mit Sluder's Tonsillektom; sind sie klein, geschrumpft und mit der Umgebung verwachsen, werden sie unter Localanästhesie auf die Weise entfernt, dass der obere und mittlere Theil mit einer Zange hervorgezogen, mit einem Elevatorium — Brünings' — frei gemacht wird, wonach der untere Pol mit Brünings' Schlinge abgezogen wird. Für die Anästhesie werden 10 ccm einer Novocainlösung — 1 proc. bei Erwachsenen, $^1/_2$ proc. bei Kindern — mit 4 resp. 2 Tropfen Suprarenin (1 : 1000) gemischt eingespritzt. „Wird die Operation auf diese Weise ausgeführt, wird die Gefahr einer Blutung gering, der Patient verträgt die Operation gut und ich habe in allen Fällen von doppelseitiger, chronischer Tonsillitis, die operirt worden sind, die Tonsillektomie auf beiden Seiten in einer Sitzung ausführen können."

Verf. hat im letzten Jahre 200 doppelseitige Tonsillektomien gemacht und unter diesen 10 Fälle von Blutung gehabt; von diesen kamen 6 unter den 60 ersten und 4 unter den letzten 140 Fällen vor; diesen Unterschied will Verf. dadurch erklären, dass er bei der ersten Gruppe 2 proc. Novocainlösung gebraucht hat. Nachblutungen werden durch Vernähung der Gaumenbögen über einem Tampon gestillt. Verf. hält es für nöthig, tonsillektomirte Patienten 24 Stunden unter Observation zu halten.

Seine interessante Abhandlung schliesst Verf. mit einer kurzen Darstellung der klinischen Bedeutung der chronischen Tonsillitis und giebt folgende Indicationen für ihre radicale, chirurgische Behandlung: Bedeutende locale Symptome und Wahrscheinlichkeit, dass die Tonsillitis gefährliche Folgekrankheiten verursacht hat.

E. STANGENBERG.

54) **Louis D. Green** und **Aaron L. Green. Eine neue Tonsillenschlinge. (A new tonsil snare.)** *Journ. american med. association. 28. Juni 1913.*

55) **William A. Lurie. Neue Tonsillenzange. (New tonsil clamps.)** *Journ. american med. association. 28. Juni 1913.*

Beschreibung der Instrumente. EMIL MAYER.

d) Diphtherie und Croup.

56) **Erich Conradi. Ueber das Vorkommen von Diphtheriebacillen im Nasen- und Rachensecret ernährungsgestörter Säuglinge.** Aus der Kinderklinik der Academie für prakt. Medicin zu Köln (Director: Prof. Dr. Siegert). *Münchener med. Wochenschr. No. 10. 1913.*

An der Hand von 10 in extenso geschilderten Krankengeschichten und des bacteriologischen Untersuchungsbefundes weist Verf. nach, dass „im Nasen- und Rachensecret schwer geschädigter Säuglinge während verschieden langer Zeit echte und auch virulente Diphtheriebacillen vorkommen können, ohne klinische Erscheinungen hervorzurufen, also offenbar nur als nebensächliche Schmarotzer anzusehen sind.“ Während die erst festgestellten Bacillenträger gespritzt wurden, unterliess man dies mangels jeglicher klinischer Erscheinungen bei den späteren; in keinem Fall zeigten sich manifeste Erscheinungen in der Folge. Die Quelle für die Einschleppung der Diphtheriebacillen liess sich nicht sicher feststellen. Die auffallende Erscheinung, dass gerade diese schwächlichen, lymphatischen Säuglinge nicht an manifester Diphtherie erkranken, giebt Autor Veranlassung, auf ein — allerdings nur cum grano salis aufzufassendes — Verhalten hinzuweisen, das Teisier und Guinard im Thierversuch beobachteten: „Sie konnten in einer grösseren Versuchsreihe feststellen, dass Thiere durch Aushungern oder längere Nahrungsentziehung gegen Bacterientoxine einen grösseren Widerstand zeigten, als unter normalen Ernährungsverhältnissen gehaltene Controlthiere.“ HECHT.

57) **Szmurto. Ueber Mittelohreiterung, verursacht durch Diphtheriebacillen.** *Medycyna. No. 27. 1913.*

In 60 Fällen von Mittelohreiterung fand Verf. in 19 Fällen diphtherieähnliche, meist avirulente Bacillen. Daraus zieht Verf. den Schluss, dass der Befund von Löffler'schen Bacillen bei Mittelohreiterungen nicht so selten sei.

A. v. SOKOLOWSKI.

58) **Reiche** (Hamburg). **Reinfection mit Diphtherie.** *Med. Klinik. No. 41. 1913.*

Bei wiederholten Diphtherieerkrankungen erscheint es gerathen, von einer Wiederholung der specifischen Therapie abzusehen, insbesondere dann, wenn leichte oder mittelschwere Formen vorliegen, und wenn zwischen der früheren Serumeinspritzung nur eine kurze Zwischenzeit liegt. SEIFERT.

59) **R. Goldmann** (Iglau). **Zur Frage der Serumtherapie der Diphtherie.** *Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. Reiche: „Klinisches und Kritisches zur Behring'schen Antitoxinbehandlung“ in No. 1 u. 2 der Med. Klinik. 1913.*

Verf. betont gegenüber den gegen das Behring'sche Serum erhobenen Einwürfen die fast ausnahmslos günstigen Erfolge der Serumbehandlung bei uncom-

plicirten Fällen (Mischinfection, Sepsis) mit protrahirtem Verlauf, ferner die überaus glänzenden Resultate bei postdiphtheritischer Lähmung (ohne vorausgegangene Seruminjection). Das Versagen der Antitoxinbehandlung (auch mit grossen Dosen) ist nach G. in gewissen Fällen, speciell bei den von Haus aus progredienten oder septischen Fällen, durch den chronisch desquamativen Entzündungsprocess der Tonsillen zu erklären, welcher zur Schädigung des Mandelgewebes führt und eine allzu feste Bindung des Toxins an die geschädigten Zellen zur Folge hat. (Vergl. Goldmann, Die chronische cholesteatomatöse Tonsillitis. Prager med. Wochenschr. 1911. No. 50.) STEINER (PRAG).

60) **D. L. Richardson. Behandlung von Kehlkopfstenose nach Diphtherie. (Treatment of laryngeal stenosis following diphteria.)** *Boston medical and surgical journal. 22. Mai 1913.*

Verf. glaubt, dass die Anwesenheit der Intubationstube im Larynx als Fremdkörper wirkt und, wie post mortem-Untersuchungen zeigen, im Stande ist, grossen Schaden anzurichten. Er betrachtet es als rationell, eine sehr tiefe Tracheotomie zu machen, um die Tracheotomiecanüle möglichst weit vom Larynx, speciell der subglottischen Region, entfernt zu halten. Intubation soll nicht länger als einen Monat fortgesetzt werden. Es soll dann intermittirende Dilatation unter directer Besichtigung eingeleitet werden, bis die Glottis ungefähr normale Weite hat. Die Dilatation kann mittels zwei Methoden gemacht werden: 1. mittels eines geraden Urethraldilatators nach Otis oder Kollmann oder 2. mittels allmählich grösserer Intubationsrohre, die nur ein paar Minuten im Larynx belassen werden. Die erstere Methode leistet schnellere Dilatation, und man kann damit eine Stenose überwinden, die für eine für ein einjähriges Kind bestimmte Tube nicht durchgängig ist. Die Intervalle müssen zwei Wochen oder einen Monat betragen.

EMIL MAYER.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

61) **Wilh. Brandenburg** (Kassel). **Beitrag zur Laryngitis subchordalis acuta.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 44. 1912.*

3jähr. Junge musste wegen Athembeschwerden, die mit Heiserkeit und Bellhusten einhergingen, tracheotomirt werden. Heilung. Nach 5 Monaten dieselben Erscheinungen. Tracheotomie. Die directe Inspection zeigte unter den Stimmbändern liegende, blaurothe Anschwellungen, die das Lumen der Trachea bis auf einen feinen Spalt verengten. Verf. entschloss sich am 3. Tage, da die Athmung nach Entfernung der Canüle nicht zufriedenstellend war, die Wülste nach vorausgeschickter Cricotomie zu exstirpiren. An diese Operation schlossen sich eine Anzahl schwerer, z. Th. bedrohlicher Complicationen: nach 8 Tagen Dyspnoe, die Verf. zunächst durch Entfernung von Granulationen am Canülenende zu beseitigen suchte, dann, als das nicht gelang, durch Exstirpation der Thymusdrüse. Dabei riss die Pleurakuppe ein, es entstand ein Pneumothorax. Das Kind erholte sich trotz des schweren Eingriffs. Aber das Decanulement war zunächst unmöglich, weil sich Granulationen um die Canüle vordrängten. Deshalb Dilatation nach der

Thost'schen Bolzenmethode, die sich vortrefflich bewährte. Nach etwa 3monatiger Behandlung konnte das Kind entlassen werden. Die Stimme soll jetzt „hell und kräftig“ sein.

(Ref. glaubt, dass ein exspectatives Verfahren nach der zweiten Tracheotomie einfacher und sicherer zum Ziele geführt hätte.) ZARNIKO.

62) **Galdiz. Die acute primäre Laryngitis der Kinder. (La laryngite aiguë primitive simple des enfants.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXV. No. 3. 1913.*

Der Autor bespricht hauptsächlich die Nothwendigkeit, während der acuten Laryngitis die Kinder intubiren zu müssen. Als Indication dient ihm elender Puls und schwere Dyspnoe mit Einziehung des Kehlkopfs während der Inspiration, die über eine halbe Stunde anhält. Durch die Intubation und Tracheotomie wird die Prognose der Erkrankung beeinflusst. Eine Anzahl eigener und fremder Krankengeschichten sind angefügt. LAUTMANN.

63) **M. Paunez** (Budapest). **Aus dem Kehlkopfe und den Bronchien entfernte Fremdkörper.** *Verhandl. des königl. Aerztevereins in Budapest. No. 13. 1913.*

Ein ausgezacktes Blechstück aus dem Kehlkopfe eines 3 Jahre alten Mädchens; eine Metallkapsel für Bleistifte aus dem linken Hauptbronchus eines 1 Jahr alten Knaben, Melonenkern aus dem rechten Hauptbronchus eines $1^1/_2$ Jahre alten Knaben; eine halbe Nuss aus dem Hauptbronchus eines 12 Jahre alten Knaben, und schliesslich eine gebrannte Kaffeebohne aus dem Hauptbronchus eines $2^3/_4$ Jahre alten Knaben kamen zur Demonstration. POLYAK.

64) **F. Brunetti. Fremdkörper des Kehlkopfes per vias naturales extrahirt. (Sopra un caso di un corpo straniero della laringe estratto per le vie naturali.)** *Riv. Venet. di szienze med. IX. 1912.*

Ein Stückchen Knochen im transversalen Durchmesser im Larynx eingekeilt mit einem Ende im Ventriculus Morgagni, mit dem andern gegen den rechten Aryknorpel gerichtet. Extraction. Heilung. CALAMIDA.

65) **Samuel Iglauer. Fremdkörper in Larynx und Trachea mittels der Schwebelaryngoskopie entfernt. (Foreign body in larynx and trachea removed by the aid of the suspension laryngoscope.)** *The Laryngoscope. Juni 1913.*

Das Kind aspirirte Mitte Januar d. J. ein Stück Sicherheitsnadel. Es bestanden keinerlei Störungen bis Anfang Februar, als ein heftiger fast 2 Minuten anhaltender Erstickungsanfall auftrat; einige Wochen später ein gleicher Anfall. Manchmal expectorirte das Kind einige kleine Streifen Blut; seit einiger Zeit traten auch Schluckbeschwerden auf und schliesslich konnten nur noch Flüssigkeiten geschluckt werden. Ausserdem bestand Fieber und Gewichtsabnahme.

Am 14. Juni Chloroformnarkose nach subcutaner Injection von Codein und Atropin. Nach Einführung des Spatels für Schwebelaryngoskopie in den Larynx sah man oberhalb der Stimmbänder die Nadel; während Verf. mit der einen Hand den Spatel hielt, ohne ihn aufzuhängen, extrahirte er mit der anderen mittels eines Hakens den Fremdkörper. Heilung. EMIL MAYER.

66) **Orlandini. Fremdkörper im rechten Bronchus eines 6jährigen Mädchens. Extraction mittels unterer Bronchoskopie. Heilung. (Corpo estraneo nel bronco destro di una bambina di sei anni. Estrazione con la broncoscopia inferiore. Guarigione.)** *Sperimentale. Fasc. I. 1913.*

Nach Misslingen der oberen Bronchoskopie schritt Verf. zur unteren. Tiefe Tracheotomie, am nächsten Tage Einführung eines Rohres von 8 mm Durchmesser und 15 mm Länge. Der Fremdkörper, eine breite aufgequollene Bohne, stak im unteren Zweig des rechten Bronchus. Extraction der Bohne in einzelnen Stücken.

Verf. meint, dass, wenn es sich um organische, leicht zersetzbare Fremdkörper handelt, man bei jugendlichen Individuen stets die untere Bronchoskopie machen solle.

CALAMIDA.

67) **L. van den Wildenberg. Sechs Fremdkörper in den Bronchien und in der Trachea, geheilt durch die Bronchoskopie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 773. 1913.*

1. Eine Nussschale im rechten Bronchus eines 7 Monate alten Knaben. Entfernung durch die untere Bronchoskopie.

2. Ein Wirbelkörper eines Aales, 3 Monate in der Luftröhre eines 11 Monate alten Kindes. Der Fremdkörper lag an der Hinterwand der Luftröhre direct oberhalb der Bifurcation in Granulationen eingebettet. Entfernung durch die obere Bronchoskopie.

3. Der Kopf einer Crevette im linken Bronchus eines 11 Monate alten Kindes. Entfernung durch die obere Bronchoskopie.

4. 2 Fischwirbelkörper im linken Bronchus eines 11 Monate alten Kindes. Entfernung durch die obere Bronchoskopie.

5. Ein Stück Kastanie in der Luftröhre. $1^1/_2$ Jahre nach Eindringen des Fremdkörpers Entfernung durch die obere Bronchoskopie.

6. Ein Molar $2^1/_2$ Monate im linken Bronchus bei $9^1/_2$ Jahre altem Knaben. Aspiriren des Zahnes bei Zahnextraction. In den nächsten Tagen oft Erstickungsanfälle und dann Pneumonie zuerst rechts und dann links, hektisches Fieber, mehrmals täglich Aushusten von Eiter (Verdacht auf miliare Tuberculose). Durch Röntgenaufnahme Diagnose auf Fremdkörper möglich. Extraction durch die obere Bronchoskopie in leichter Chloroformnarkose. Vollständige Heilung.

Bei keinem der 6 Patienten unangenehme Zwischenfälle während oder nach der Entfernung der Fremdkörper.

OPPIKOFER.

68) **K. v. Láng** (Budapest). **Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Bronchus ohne operativen Eingriff.** *Verhandl. des königl. Aerztevereins in Budapest. No. 16. 1913.*

Aspiration einer Zweiheller-Münze bei einem 30 Jahre alten Manne. Auf dem Röntgenbilde ist die Münze an der Bifurcation sichtbar. Verf. hat den Kehlkopf gründlich cocainisirt, den Patienten auf dem Operationstisch in Trendelenburg'sche verticale Lage gebracht und zum Husten aufgefordert. Die Münze wurde beim Husten in den Nasenrachenraum geschleudert, rollte von hier in die Nase, von wo sie beim Aufsetzen des Patienten spontan herausfiel.

POLYAK

69) **Savin** (Poitiers). **Die Extraction eines Fremdkörpers aus den Bronchien.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 776. 1913.*

Die Perle verlegte bei dem 7 Jahre alten Kind den linken Hauptbronchus nahe der Bifurcation und wurde in den ersten Tagen nach der Aspiration in Chloroformnarkose durch die obere Bronchoskopie entfernt. Im Anschluss an die Bronchoskopie Larynxödem, das zur Tracheotomie nöthigte. Am 6. Tage Entfernung der Canüle und dauernde Heilung.

OPPIKOFER.

70) **A. Réthi** (Budapest). **Fremdkörper im linken Bronchus.** *Verhandl. d. königl. Aerztevereins in Budapest. No. 10. 1913.*

Ein 11 Jahre alter Knabe hat einen Kragenknopf vor 6 Monaten aspirirt. Es trat eine Pleuritis mit Exsudat auf, und die Anwesenheit des Knopfes wurde vom behandelnden Arzte auf dem Röntgenogramm entdeckt. Entfernung mit der oberen Bronchoskopie in der dritten Sitzung.

POLYAK.

71) **Lubliner. Corpus alienum in broncho sinistro.** *Medycyna. No. 27. 1913.*

Eine abgebrochene Tracheotomiecanüle wurde mittelst Bronchoskopes extrahirt.

A. v. SOKOLOWSKI.

72) **Ernst Sehrt** (Freiburg i. Br.). **Die Extraction der Lungenfremdkörper beim Kinde.** Mit 2 Abb. *Münchener med. Wochenschr. No. 27. 1913.*

Anschliessend an einen Fall von Fremdkörperapiration (Zungenpfeifenstück von 12 mm Länge) bei einem 6jährigen lymphatischen Jungen, bei dem der Fremdkörper nach vorheriger Tracheotomia superior mittelst unterer Bronchoskopie entfernt wurde, erörtert Verf. eingehend die Indicationen für obere und untere Bronchoskopie und kommt auf Grund der einschlägigen Literatur sowie kritischer Erwägungen zu dem Schluss, dass „zur Zeit die primäre Tracheotomie mit nachfolgender unterer Bronchoskopie bei Kindern, besonders aber bei denen, die auch nur zum leisesten Verdacht auf Status thymolymphaticus oder Schilddrüsenabnormitäten Anlass geben, das lebenssicherste Verfahren der Fremdkörperextraction ist."

HECHT.

73) **Sargnon** und **Vignard** (Lyon). **Ein Fall von Einkeilung einer Stecknadel in der Theilung des rechten Unterlappenbronchus. (Un cas d'épingle enclavée dans la bifurcation bronchique du lobe inférieur droit.)** *Lyon médical. 13. April 1913.*

Bronchoscopia inferior; die Nadel war in der Bronchialschleimhaut eingespiesst; der Glaskopf lag in einem Bronchus und war nicht sichtbar. Es gelang, die Spitze freizumachen und den Fremdkörper zu extrahiren.

Verff. setzen auseinander, wie wenig Gefahren die langsame Tracheotomie ohne Allgemeinnarkose bietet und wie sie die weiteren Maassnahmen erleichtert. Das ideale Verfahren für einen Fall wie dem vorliegenden sei, die Stecknadel in zwei Theile zu theilen und jeden für sich zu extrahiren.

GONTIER DE LA ROCHE.

74) Gerhard H. Cochs. **Fremdkörper im rechten Bronchus; untere Bronchoskopie. Erfolgreiche Extraction. (Foreign body in right bronchus. Lower bronchoscopy, successful extraction.)** *Medical Record. 5. Juli 1913.*

Zweijähriges männliches Kind. Sowie das Rohr die Epiglottis erreichte, trat ein sehr bedrohlicher Erstickungsanfall ein. Das Rohr wurde sofort herausgezogen und schnell Tracheotomie gemacht.

Bei der nun vorgenommenen unteren Bronchoskopie erwies sich der linke Bronchus frei, dagegen konnte das Rohr in den rechten Bronchus nicht weit eindringen wegen der Entzündung und Schwellung der Schleimhaut. Das Rohr wurde dann durch die Tracheotomiewunde nach oben gegen den Larynx zu geschoben und füllte sich sofort mit Blut und Schleim. Als man es herauszog und reinigte, fand sich darin die Hälfte einer Erdnuss in zwei Stücken. Verf. glaubt, dass durch den Hustenanfall in der Narkose der Fremdkörper aus seiner Lage im rechten Bronchus befreit und gegen die Stimmbänder geschleudert worden war, wodurch der Erstickungsanfall herbeigeführt wurde, der zur Narkose nöthigte.

EMIL MAYER.

75) F. Goubeau. **Einfache Tracheobronchialdrüsenerkrankung als Folge von Keuchhusten. (Simple adénepathie trachéobronchique suite de coqueluche.)** *Annales et bulletin de la société de médecine. Gent. Juni/Juli 1913.*

Auf Grund einer Beobachtung erinnert Verf. daran, dass man fast immer bei der Section von Keuchhustenkindern einfache Schwellung der Tracheobronchialdrüsen findet, die gewöhnlich unserer Diagnose entgeht. PARMENTIER.

76) Sons (Düren). **Ueber die Behandlung eines Falles von Trachealstenose in Folge von Granulationen mit Röntgenstrahlen.** *Med. Klinik. No. 37. 1913.*

Bei einem 9 Monate alten Kinde hatten sich in Folge mannigfacher Reizungen (zweimalige Tracheotomie und mehrfache Intubation) Granulationen in der Trachea gebildet, welche die Athmungswege verlegten. Zehn Tage nach einer zweiten Tracheotomie wurde das Kind einer Bestrahlung mit Röntgenstrahlen unterzogen, die nach dreimaliger Wiederholung zur Heilung führte. SEIFERT.

77) C. Breyre. **Trachealstenose in Folge Adenophlegmone des Hypopharynx. Tracheotomie. Heilung. (Sténose trachéale due à un adénophlegmon d'hypopharynx. Trachéotomie. Guérison.** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXVI. No. 1. 1913.*

Patient, ein 22jähriger Mann, hatte anfangs an einem kalten Abscess einer retropharyngealen Drüse zu laboriren. Es trat Heilung nach H_2O_2-Spülungen ein. Ein Jahr später begann eine schwere Dyspnoe, die zur Tracheotomie nöthigte und wahrscheinlich darauf zurückzuführen war, dass das zwischen Trachea und Oesophagus gelegene lockere Zellgewebe im Anschluss an eine vereiterte prävertebrale Drüse in Entzündung gerieth. Heilung nach spontaner Entleerung der Drüse. Casuistisch ein sehr seltener Fall. Auffallend ist, dass, trotzdem Patient genau vom Verf. beobachtet worden ist, die subglottische Schwellung erst entdeckt worden ist, als die Dyspnoe schon lebensbedrohend geworden war. LAUTMANN.

78) **Segura. Ein Fall von Cylindrom der Trachea, Operation per vias naturales. Operation von aussen. (Un cas de cylindrome trachéal; opération par voie externe; guérison.)** *Annales des maladies de l'oreille. No. 8. 1913.*

Frau von 42 Jahren, seit 3 Jahren vergeblich von Internisten behandelt wegen Erstickungsanfälle. Die bronchoskopische Untersuchung gestattet die Erkennung eines langen birnförmigen Tumors, der von der Hinterwand der Trachea am 4. Trachealknorpel ausgehend fast das ganze Lumen der Trachea ausfüllt. Tracheotomie unter Localanästhesie und Entfernung des Tumors. Glatte Heilung. Mikroskopische Untersuchung ergiebt Cylindrom.

LAUTMANN.

79) **Dobbertin** (Berlin-Oberschöneweide). **Die stumpfe untere Tracheotomie mittels Schielhäkchen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 44. 1912.*

1,5 cm langer Hautschnittt. Nach Abziehen der Wundränder setzt Verf. zwei Schielhäkchen median in die Mitte ein, dringt durch die Fascie und schlitzt diese, indem er die Häkchen gleichzeitig nach oben und unten auseinander zieht. In den Wundwinkeln zieht er die Häkchen kräftig empor und spannt so die Ränder des Schlitzes. Hierdurch wird es dem Assistenten erleichtert, seine stumpfen Häkchen in den Schlitz einzuführen und dessen Ränder auseinanderzuziehen. In derselben Weise dringt Verf. bis zur Trachea vor und vollführt, nachdem er diese mit zwei scharfen Häkchen fixirt hat, die Incision. Das Verfahren ist überaus einfach und leicht zu erlernen. Dauer vom Hautschnitt bis zur Eröffnung kaum eine Minute.

ZARNIKO.

80) **Lejeune** (Liège). **Ein Fall von Trachealtumor. (Un cas de tumeur trachéale.)** *Le Scalpel. 1913.*

Primärer, wahrscheinlich maligner Tumor der Trachea bei 67 jähriger Frau. Seit mehreren Jahren Behinderung beim Athmen, begleitet von Husten, seit drei Monaten Verschlimmerung. Mittelst des Tracheoskops sieht man auf der Hinterwand einen rundlichen rothen, nicht ulcerirten Tumor. Oesophagus intact.

PARMENTIER.

f) Schilddrüse.

81) **Arno Ed. Lampé** und **Lavinia Papazolu. Serologische Untersuchungen mit Hülfe des Abderhalden'schen Dialysirverfahrens bei Gesunden und Kranken. Studien über die Specifität der Abwehrfermente. Zweite Mittheilung: Untersuchungen bei Morbus Basedowii, Nephritis und Diabetes mellitus.** Aus dem physiol. Institut der Universität Halle a. S. (Director: Prof. E. Abderhalden) und dem physiol. Institut zu Bukarest (Director: Prof. J. Athanasiu). *Münchener med. Wochenschr. No. 28. 1913.*

Verff. haben das Serum von 25 weiblichen Basedowkranken auf eine ganze Reihe gesunder und erkrankter Organe einwirken lassen und nach der bekannten Weise auf Abwehrfermente gefahndet und kommen zu folgenden Schlussfolgerungen: „In allen Fällen wurde Basedowschilddrüse, in relativ wenigen Fällen gleichzeitig auch Normalschilddrüse, in 4 unter 5 Fällen Struma cystica, in fast allen Fällen Thymus, in weitaus den meisten Fällen Ovarien abgebaut. Mit allen anderen Sub-

straten, wie Testikel, Niere, Nebenniere, Leber, Muskelgewebe, Pankreas, Placenta, fiel die Reaction negativ aus. Der Ausfall unserer Untersuchungen zeigt in einwandfreier Weise, dass es sich bei der Basedow'schen Krankheit um einen Dysthyreoidismus, um die Production eines in seiner Beschaffenheit von der Norm abweichenden Secrets der Schilddrüse handelt. Dass dieses innersecretorische Product der Basedowschilddrüse sehr wenig Aehnlichkeit mit dem Normalsecret der Drüse hat, scheint uns eindeutig daraus hervorzugehen, dass das Serum unserer Kranken immer Basedowschilddrüse und nur in wenigen Fällen auch normale Schilddrüse abbaute. Des Weiteren geht aus unseren Befunden hervor, dass bei den meisten unserer Basedowkranken eine dysfunctionirende Thymusdrüse vorhanden ist. Bei den Fällen, bei denen kein Abbau der Thymusdrüse nachzuweisen war, ist man zu dem Schlusse berechtigt, dass keine Dysfunction der Thymusdrüse vorliegt, nicht aber, dass die betreffenden Kranken überhaupt keine Thymusträger sind. Drittens müssen wir aus dem Ausfall unserer Reactionen herauslesen, dass bei den meisten Basedowkranken eine Keimdrüsenstörung im Sinne einer Dysfunction vorliegt. Schliesslich — und das sei ganz besonders hervorgehoben — erkennt man bei der Durchsicht unserer Protokolle ohne Weiteres, dass eine sehr weitgehende Specifität der Abwehrfermente — wenigstens bei den hier untersuchten Basedowkranken — vorliegt. Der eclatanteste Beweis dafür ist einmal der Abbau von Basedowschilddrüse und der Nichtabbau von normaler Schilddrüse; weiterhin die Thatsache, dass bei allen Fällen nur Schilddrüse, Thymus und Ovarien abgebaut wurden, nicht aber Niere, Muskelgewebe, Placenta, Nebenniere und Hoden. Besonders eindeutig scheint uns das Verhalten des weiblichen Basedowserums gegenüber Ovarium und Testikel in diesem Sinne zu sprechen." Weitere eingehende Untersuchungen, unter gleichzeitiger klinischer Nachprüfung der einzelnen Fälle, sowie Untersuchung weiterer Organe, deren Verhalten bei dem Basedow von Interesse ist, so vor allem der Hypophyse, behalten sich Verff. vor. HECHT.

82) **Ch. Aubertin** und **A. Pascano. Schilddrüsenerkrankungen bei Rheumatismus. (Lésions thyroidiennes dans le rhumatisme chronique.)** *Presse médicale. No. 79. 1913.*

Es werden 5 Krankengeschichten mitgetheilt mit genauer histologischer Untersuchung der Schilddrüse. Die Verff. geben nicht in allen Fällen diese Abhängigkeit zwischen Schilddrüsenerkrankung und Rheumatismus zu. Im Trugschlusse geben sie diese Beziehungen nur für jene Fälle zu, in denen die Läsionen der Schilddrüse auf „infectiöser oder rheumatischer Basis" beruhen. Praktisch hat die Frage insofern Bedeutung, als nach den Verff. eine opotherapeutische Einwirkung auf den Rheumatismus nur in diesen Fällen und in den Fällen zu erzielen ist, in denen die Schilddrüseninfection auf tuberculösen Ursprung zurückzuführen ist. LAUTMANN.

83) **J. W. Markoe** und **W. Wingl. Die Schilddrüse während der Schwangerschaft. (The thyroid in pregnancy).** *Bulletin of the Lying in Hosp. of the City of New York. Juni 1913.*

Die Beobachtungen beziehen sich auf 1586 Fälle; 852 betrafen Primiparae,

bei denen 83mal (9,7 pCt.) Schilddrüsenvergrösserung beobachtet wurde, und 734 Multiparae mit 49 Fällen (6,7 pCt.) von Schilddrüsenvergrösserung.

Im Ganzen wurden 132 Strumen in den 1586 Fällen gefunden (8,3 pCt.). In 11 Fällen war eine Familienanamnese in Bezug auf Struma vorhanden. Von den 83 Strumen bei den Primiparen begannen 20 vor der Schwangerschaft und zwar 11 in der Kindheit, 4 in der Zeit beginnender Menstruation und 5 zwischen Menstruation und Schwangerschaft. In 20 Fällen war es sicher, dass sie während der ersten Schwangerschaft aufgetreten waren und in den 43 übrigen war dies bei der Majorität wahrscheinlich.

Bei den 49 Strumen bei Multiparen begann der Kropf 13 mal vor der Schwangerschaft (4mal in der Kindheit, 5mal in der Pubertät und 4mal zwischen Pubertät und Schwangerschaft). In 17 Fällen war es sicher, dass der Kropf während einer Schwangerschaft begonnen hat.

EMIL MAYER (L. JACOBS).

g) Oesophagus.

84) **J. Oller Rabata. Spasmen des oberen Speiseröhreneudes. (Spasmes de l'extrémité supérieure de l'oesophage.)** *Arch. internat. de laryng. Tome XXXV. No. 2. 1913.*

Ein 16jähriges Mädchen klagt über „Magenbeschwerden". Bei näherer Untersuchung stellt es sich heraus, dass es sich um Spasmus sowohl des oberen, wie des unteren Endes der Speiseröhre handelte. Eine subcutane Morphiuminjection vor der beabsichtigten Oesophagoskopie hat sich dem Verf. sehr bewährt. Eine genaueste Untersuchung in jedem dunklen Fall ist nöthig.

LAUTMANN.

85) **A. Johnsson. Zur Kenntniss der idiopathischen Oesophagusdilatationen sowie des pharyngo-ösophagealen (Zenker'schen) Pulsionsdivertikels. (Till kännedomen om den idiopatiska oesophagusdilatationen och den pharyngo-oesophageala (Zenker'ska) pulsionsdivertikeln.)** *Finska Läkarasällskapets handlingar. Mai 1913.*

Verf. schildert zunächst einen Fall von Oesophagusdilatation bei einer 33jähr. Frau, die im Alter von 17 Jahren in unmittelbarem Anschluss an einen acuten Eiterungsprocess unterhalb des rechten Ohres und dysphagischen Beschwerden begann. Eine Röntgenuntersuchung ergab eine ziemlich erheblich erweiterte Speiseröhre, die sich sehr langsam entleerte. Bei vorgenommener Messung zeigte sich, dass die erweiterte Speiseröhre 450 ccm Wasser fasste. Anfangs gelang es nicht, Sonden in den Magen einzuführen, indem man in einer Entfernung von 42 cm von der Zahnreihe auf einen Widerstand stiess. Nachdem Pat. nur wenige Male mit dem Gottstein'schen Cardiadilatator behandelt worden ist, hat sie bei den Mahlzeiten keinerlei Beschwerden mehr empfunden.

Der zweite Fall betrifft ein pharyngo-ösophageales Pulsionsdivertikel bei einer 49jähr. Frau. Eine Röntgenuntersuchung ergab ein etwa hühnereigrosses Divertikel an der Pharyngoösophagealgrenze. Keine Behandlung.

E. SCHMIEGELOW (L. MAHLER).

86) **Aurelius Réthi** (Königsberg i. Pr.). **Ueber Oesophagusstenose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 51. 1912.*

Ein Fall aus Gerber's Poliklinik. Narbenstrictur nach Diphtherie, darüber ein Oesophagusdivertikel, in dem sich die Sonde verfing. Nach Einführung des Brünings'schen Oesophagoskops konnte die Strictur sondirt und allmählich dilatirt werden. Heilung nach 6wöchiger Behandlung. ZARNIKO.

87) **Bircher** (Aarau). **Zur Resection des Oesophaguscarcinoms im cardialen Abschnitt.** *Centralbl. f. Chir. No. 41. 1913.*

Der wenn auch tödtlich (Pneumonie) ausgegangene Fall zeigt, dass es möglich ist, ein auf die Cardia übergegangenes Carcinom des Oesophagus zu entfernen.

SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **H. Vaquez** und **E. Bordel. Le coeur et l'aorte.** Etudes de radiologie clinique. Paris 1913. Baillière et fils Editeurs. 248 S. 169 Textfiguren.

Aus der Zusammenarbeit eines der hervorragendsten Cardiologen Frankreichs und seines Schülers, der die Technik der Radiologie meisterhaft beherrscht, ist ein Buch entstanden, das auch für uns Interesse hat. Wer heute endoskopirt braucht den Röntgenologen. Wie weit die Aufschlüsse über die Verhältnisse des Herzens und der Aorta gehen, und sie gehen weiter als man allgemein glaubt, zeigt dieses Buch. Es bringt in einem gedrängten Capitel von kaum 12 Seiten die Technik, die die Autoren befolgten. In den zwei folgenden Capiteln wird der Herzschatten im normalen und pathologischen Zustande besprochen. Es folgen dann einige rein klinische Capitel über die bekannten Herzfehler vom röntgenologischen Standpunkt aus betrachtet. Liest man den Autor, so möchte man fast glauben, dass die Durchleuchtung allein genügt, um die allerfeinste Diagnose zu stellen. Ein specielles Interesse bieten für uns die beiden letzten Capitel über die Entzündungen der Aorta und das Aneurysma, weil wir vom laryngologischen Standpunkte oft Gelegenheit haben, ein mediastinales Leiden zu diagnosticiren und nur von einem tüchtigen Radiologen eine Bestätigung unserer Diagnose erwarten können. Die Finessen der radiologischen Diagnostik in Bezug auf die Erkenntniss der beginnenden Aortenaneurysmen sind von Bordel in einem Schlusscapitel zusammengestellt. Lautmann.

---

b) **Heinrich Meier. Mandelentzündungen und innere Erkrankungen.** Verlag der ärztlichen Rundschau. Otto Gmelin, München. 60 Seiten. Preis 1,20 M.

Die Arbeit ist, wie der Verfasser schreibt, die Frucht 17jähriger Beobachtung und nicht nur für Aerzte, sondern auch für gebildete Laien bestimmt. Sie bezweckt, auf die engen Beziehungen hinzuweisen, die zwischen den Erkrankungen des Mandelgewebes und den Krankheiten innerer Organe bestehen.

Das Werk enthält neben allgemein Bekanntem (tonsillogene Polyarthritis, Nephritis, Endocarditis) zum Theil recht interessante, weniger bekannte Beobachtungen, so über die Beziehungen zwischen Angina und Puerperalfieber, Tonsillitis und Appendicitis, Angina und Meningitis. In anderen Fällen scheint der Verf. über das Ziel hinauszuschiessen, so wenn er schreibt, dass die Enuresis der Kinder sich immer erst nach Mandelentzündung entwickelt oder dass jede Scrophulose ohne Ausnahme mit einer Mandelentzündung beginnt.

Als Therapie der chronischen Tonsillitis wird in erster Linie die Schlitzung der Mandeln empfohlen.

Die Arbeit ist klar und übersichtlich geschrieben und bei den interessanten Beobachtungen entschieden lesenswerth. Albrecht (Berlin).

---

c) **Arthur Thost** (Hamburg-Eppendorf). **Der normale und kranke Kehlkopf des Lebenden im Röntgenbild. — Archiv und Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgenbildern.** Ergänzungsband 31. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 8 Tafeln. 50 S. 11 M. Hamburg. Lucas Gräfe & Sillem. 1913.

Der Monographie liegen 600 Aufnahmen zu Grunde, die systematisch geordnet in Verbindung mit kurzer Angabe der Krankengeschichten eine sehr werthvolle Fundgrube für das Studium der Röntgenbilder des Kehlkopfes bedeuten. Allerdings wird — was bei der Neuheit des Stoffes leicht begriffen werden kann — manche Erklärung des Verfassers Widerspruch herausfordern. Aber auch in solchen Fällen war die Arbeit nicht nutzlos. Denn das Bild liegt stets vor den Augen des Lesers und die Ausführungen des Verfassers belehren zum mindesten über eine Möglichkeit von Schlüssen, die ein Fachmann aus der Röntgenuntersuchung ziehen kann.

Bei der Mannigfaltigkeit und Unregelmässigkeit der Verknöcherungen der Kehlkopfknorpel unter normalen Verhältnissen dürften von Vielen Zweifel an die bündige Beweiskraft für ihre Verwerthung in pathologischen Fällen gehegt werden. Die zahlreichen Bilder Normaler in verschiedenen Altersstufen bilden im vorliegenden Atlas selbst eine brauchbare Stütze für eine gesunde Kritik des Krankhaften.

In besonderen Capiteln wird ausserdem behandelt: die Technik, der Kehlkopf der Sänger, Schauspieler und Redner, der tuberculöse, syphilitische, carcinomatöse Kehlkopf, Stenosen, Gicht, chronischer Schleimhautpemphigus, die Halswirbelsäule und endlich die Röntgenbehandlung der Kehlkopfkrankheiten.

Betreffs der Technik sei bemerkt, dass Verf. lediglich seitliche Aufnahmen benutzt; meines Erachtens sollten die sagittalen nicht ganz vernachlässigt werden.

Die Ausstattung des Buches ist vorzüglich, der Text klar geschrieben. Die Monographie kann jedem, der Röntgenstrahlen für die Laryngologie verwenden will, ernstlich empfohlen werden. Levy-Dorn (Berlin).

---

d) Bericht über die Vorträge und Discussionen in der 26. Abtheilung (Rhino-Laryngologie) der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wien 1913.

I. Abtheilungssitzung am 22. September 1913, Nachmittag.

Nach einem warmen Nachruf auf die kürzlich verstorbenen, hervorragenden Laryngologen von Seiten Chiari's und Begrüssung aller Anwesenden, nimmt Gluck (Berlin) das Wort zu seinem Referat:

Das technische und functionelle Problem bei den Operationen an den oberen Luft- und Speisewegen.

Nach einem historischen Rückblick, in welchem u. A. die Namen von Langenbeck, Billroth, Czerny und Gussenbauer als mit der Geschichte der Laryng- und Pharyngektomie eng verknüpft, angeführt werden, betont Gluck, dass Laryngologen und Chirurgen seitdem in gemeinsamer Arbeit die Technik und die functionellen Endresultate in jeder Hinsicht vervollkommnet haben. Auf Grund eines im russisch-türkischen Kriege im Jahre 1877 beobachteten Falles von Schussverletzung des Kehlkopfes hat Gluck schon vor 36 Jahren die Idee der prophylaktischen Resection der Trachea in Erwägung gezogen. Im Auftrage von Langenbeck's begann Gluck 1879 seine Thierexperimente und Leichenversuche über Resection und Naht der Luftröhre und über das Tracheostoma circulare. Die plastischen Operationen hat Gluck seit dem Jahr 1894 geübt und sie im Jahre 1898 beschrieben und es ist heute die Dermatoplastik in der Chirurgie der oberen Luft- und Speisewege ein unentbehrliches Hülfsmittel geworden. Es liefert uns eben die Haut ein ausgezeichnetes functionsfähiges Gewebe, welches sich dem Charakter seiner neuen Aufgaben in geradezu idealer Weise anpasst. Um nach totaler Zungenexstirpation mit Entfernung der Epiglottis und des Zungenbeins die Schluckpneumonie zu verhüten, bewährt sich nach präliminarer tiefer Tracheotomie der temporäre plastische Verschluss des Aditus ad laryngem mit absoluter Sicherheit. Neben der Lösung des Problems der Vermeidung der Schluckpneumonie war es die Hauptaufgabe, die Operation zu einer aseptischen zu gestalten. Gluck operirt, wenn nicht vitale Contraindicationen vorliegen, ohne vorausgegangene Tracheotomie in tiefer Allgemeinnarkose in einem Acte. Als weitere Postulate für die Radicalheilung sind nach der totalen Entfernung alles Krankhaften zu nennen: Die Exstirpation der regionären Lymphdrüsen und Stränge weit im Gesunden, exacte Wundversorgung, die Bildung einer künstlichen Lacuna vasorum zur Isolirung der Gefässscheiden von der Pharynxnahtlinie; die secundären plastischen Operationen zum Schluss von Pharynxfisteln und Defecten. Es folgt nun die detaillirte Mittheilung seiner Operationstechnik. Nach zwei Tagen beginnt G. die Tampons herauszunehmen, nach vier Tagen werden allmählich die Nähte entfernt, in längstens vierzehn Tagen ist die Wunde bis auf Drainageöffnungen verheilt. G. theilt ferner mit, dass er 44 mal die Laryngofissur ausgeführt habe, darunter 35 mal ohne Todesfall, vier locale Recidive; halbseitige Laryngektomien in 49 Fällen mit drei Todesfällen, die letzten 21 Fälle sind sämmtlich geheilt. Er hat Total-

exstirpationen des Larynx im Ganzen 324mal ausgeführt, davon 186 endolaryngeale Krebse, 75 Operationen hintereinander ohne Todesfall. Seitdem sind wieder 10 Operationen ohne Todesfall gemacht worden und hat G. in einer Serie von 86 Fällen nur einen Todesfall zu beklagen. Die schlechteste Operationsstatistik weisen die vorgeschrittenen malignen Pharynxtumoren auf, von 94 Operirten starben 24. Quere Resection des Pharynx und des Oesophagus bis auf die Wirbelsäule mit Laryngektomie hat er 54 ausgeführt mit 5 Todesfällen. Die letzte Serie von 21 Operationen ohne Todesfall. Diese Operation hat G. doppelt so oft ausgeführt, als sich in der ganzen Weltliteratur zusammenstellen lässt. Die Dauerresultate sind bei den Carcinomen des Pharynx und Oesophagus viel schlechter als bei den reinen Kehlkopfkrebsen. Die vom Vortragenden angegebenen und geübten Verfahren der Laryngo- und Tracheostomie mit oder ohne partielle oder totale Exenteration und Plastik, ferner die totale Larynxplastik, sowie die explorative und probatorische Laryngofissur sind conservative, operative Methoden, von denen G. wünscht, dass sie von den Laryngologen sanctionirt und fleissig ausgeführt werden mögen. Bei inoperablen Fällen sollen wir bei unseren Patienten durch die Organausschaltung der vitalen Indication gerecht werden (Gastrostomie, Oesophagostomie, Lungenfistel). G. erwähnt noch seine Gummitrichterprothese.

Es folgt Mittheilung einiger Krankengeschichten und Demonstration von fünf Patienten, die G. aus Berlin nach Wien gebracht hat.

Der erste Fall im Jahre 1897 operirt, litt an schwerer Lungentuberculose, Lungenblutungen und Tuberculose des Kehlkopfes. Totalexstirpation des Kehlkopfes, Hautplastik. Die Hautlappen haben einen mukösen Charakter angenommen. Der Operirte athmet durch einen Spalt in der Kehlkopfgegend, verschliesst mit einem Hemdkragen sein Schisma und kommt seinem Berufe als Kaufmann nun schon im 17. Jahre nach der Operation im vollsten Umfange nach.

2. Fall. Knabe mit vollständiger Obliteration des Kehlkopfes im Anschluss an Diphtherie. Resection der Tracheotomienarbe, des Ringknorpels und einer Reihe von Trachealringen; Freilegung des Oesophagus, Einlegen einer Canüle in den Trachealstumpf, Hautplastik; das Resultat stellt ein laryngotracheales Hautrohr dar, welches tief im Jugulum einen Längsspalt als Sicherheitsventil für die Athmung besitzt. Der Knabe trägt keine Canüle mehr, spricht mit heiserer Stimme und ist als vollkommen geheilt zu betrachten. Diese Operation hat G. wiederholt mit ausgezeichneten Dauererfolgen geübt.

3. Fall. Halbseitige Larynxexstirpation bei einem 61jährlgen Patienten vor 5 Jahren, cutane Laryngoplastik. Vor $2^1/_2$ Jahren Operation eines Drüsenrecidivs mit Entfernung des Kopfnickers und der Vena jugularis vom Venenwinkel bis zur Schädelbasis. Bei dieser Gelegenheit verweist G. auf seine 1898 veröffentlichten Versuche über Angioplastik und auf die Nothwendigkeit, das Athmungsrohr nach der Operation dauernd genügend gross zu gestalten.

4. Fall. 30jährige Patientin, bei welcher wegen maligner Degeneration von Papillomen des Kehlkopfes die totale Laryngektomie mit Drüsenexstirpation gemacht wurde. Seit $2^1/_2$ Jahren geheilt, ohne Canüle, ausgezeichnete Pharynxstimme.

5. Fall. 56jährige Patientin, wegen Carcinom Resection der Mandibula, der lateralen Pharynxwand und der ganzen Zunge und Drüsenentfernung usw. Heilung in 14 Tagen. Vortreffliche Schluck- und Sprachfunction.

Endlich bespricht G. die vor 6 Jahren operirte Patientin, bei welcher wegen Tuberculose des ganzen Larynx dieser mit der Epiglottis entfernt wurde. Geheilt, ohne Canüle, kann tadellos schlucken. Da sie die Pharynxstimme nicht mit Erfolg gebrauchen kann, trägt sie einen eigens von G. construirten Apparat, der unter Ausschaltung der Lungen auf mechanischem Wege eine Stimme ertönen lässt. Mit diesem ausserordentlich sinnreichen und durchaus brauchbaren Apparat kann jeder Aphonische, jeder dem eine Schweigekur auferlegt ist, sowie jeder Laryngektomirte seinem Sprechbedürfniss nachkommen. Ein elektrischer Präcisionsapparat wäre natürlich diesem Kurbelapparat vorzuziehen.

Bei dem letzten Patienten, einem 59jährigen Mann, wurde vor $5^1/_2$ Jahren wegen Carcinom entfernt: der Larynx mit dem Ringknorpel, Epiglottis und drei Trachealringe, Pharynx und ein Theil des Zungengrundes mit dem Halstheile des Oesophagus, der Isthmus und die rechte Hälfte der Glandula thyreoidea, enorme carcinomatöse Drüsentumoren, der grösste Theil der Muskulatur, die Vena jugularis communis externa und facialis communis. Fünf Monate trug der Patient die Trichterprothese, dann wurde die totale Pharynx- und Oesophagusplastik gemacht, der Patient ist wieder seit 5 Jahren in seinem Berufe, Canüle ist definitiv entfernt, Patient ist gesund und zufrieden.

Nach derartigen Operationen verfügt G. noch über mehrere andere günstige Dauerresultate.

Hans Koschier: Ueber die operative Behandlung des Larynxcarcinoms.

Im Folgenden berichtet der Vortragende kurz über seine Erfahrungen mit der operativen Behandlung des Larynxcarcinoms. Er verfügt im Ganzen über 75 operierte Fälle, davon 21 Laryngofissuren, 42 Laryngektomien und 12 Totalexstirpationen.

Alle diese Fälle sind zweizeitig operirt worden, d. h. es wurde zuerst die Tracheotomie gemacht und nach Heilung der Trachealfistel, also ungefähr eine Woche später die eigentliche Larynxoperation ausgeführt. Die Versorgung der Wunde erfolgte durch die bereits a. O. beschriebene Mikulicz'sche Tamponade. Nur bei vier Totalexstirpationen habe er es vorgezogen, die Gluck'sche Methode anzuwenden.

Bei der halbseitigen Larynxexstirpation ist das functionelle und kosmetische Resultat der Billroth'schen Methode mit der von ihm angegebenen Tamponade vollkommen befriedigend. K. hatte in Folge dessen keine Veranlassung, die von Gluck empfohlene Plastik anzuwenden. Anders ist es mit der Totalexstirpation in jenen Fällen, wo der zu exstirpierende Larynx besonders gross oder auch ein Teil der Trachea mitentfernt werden muss und der nach der Operation resultierende Defekt ein sehr bedeutender ist. Für solche Fälle ist wohl die nachträgliche Anwendung der Schornsteincanüle mit Schwierigkeiten in Bezug auf die De-

glutition verbunden und es empfiehlt sich daher die Gluck'sche Methode hier ganz besonders. Allerdings muss man dabei den Umstand mit in Kauf nehmen, dass manche Patienten die sogenannte Pseudostimme nur sehr schwer erlernen können.

Auch die Totalexstirpation nach Gluck hat er zweizeitig durchgeführt, weil er auf die Vortheile, die nach seinen sonstigen Erfahrungen die präventive Tracheotomie bietet, nicht verzichten wollte. Die Kranken kommen in einem besseren Zustande zur Operation, insofern als sie bereits die Technik der Athmung und der Expectoration durch die Canüle erlernt haben und auch die Schleimhaut ihrer Bronchien sich an die geänderten Eigenschaften der Respirationsluft gewöhnt hat. Der durch die präventive Tracheotomie bedingte Zeitverlust von höchstens einer Woche fällt dabei wohl kaum in die Wagschale.

In Bezug auf die Indicationsstellung der vorzunehmenden Operation bemerkt er, dass die Laryngofissur, also die Abtragung bloss der Weichteile des Stimmbandes, ausschliesslich für die Fälle von beginnendem Carcinom des Stimmbandes zu reserviren sei, bei welchen ein Eindringen der Geschwulstmasse in die tieferen Schichten des Gewebes sicher ausgeschlossen erscheint.

Für die halbseitige Larynxexstirpation eignen sich jene Fälle, welche eine genaue Begrenzung der Neubildung auf die eine Hälfte des Larynx oder höchstens eine ganz oberflächliche Miterkrankung des vordersten Anteiles des Stimmbandes der anderen Seite aufweisen.

Wenn die Neubildung aber die andere Larynxhälfte so ergriffen hat, so dass eine $^2/_3$-Resektion des Larynx notwendig erscheint, ist es besser von Haus aus die Totalexstirpation auszuführen, um so mehr, als auch der phonetische und functionelle Erfolg unter diesen Umständen ein sehr mangelhafter wäre.

Die Totalexstirpation ist, abgesehen von den sehr vorgeschrittenen Fällen, wo mehr oder weniger das ganze Innere des Larynx von Carcinommassen ausgefüllt ist, unbedingt auch für jene Fälle zu empfehlen, in denen das Carcinom an der Epiglottis sitzt. Atypische partielle Resectionen in ähnlichen Fällen haben ihm kein befriedigendes Resultat gebracht.

Was die postoperative Mortalität anlangt, so sind von den 75 operierten Fällen im Laufe der Nachbehandlung 10 gestorben: einer an Lungenabscess, einer an Apoplexie, einer an Embolie der Meseraica, einer an Herzlähmung am fünfzehnten Tag post operationem, einer an Blutung aus der Schilddrüse mit nachfolgender Aspiration und Pneumonie, einer an Lungentuberculose, zwei an Erschöpfung und zwei an Pneumonie. K. erwähnte, dass er eine Reihenfolge von 27 Operationen ohne Todesfall zu verzeichnen habe.

Nach Operationen geordnet starb ein Laryngofissurfall an Lungenabscess, ein Totalexstirpationsfall an Apoplexie, je eine Hemisectio an Embolie der Meseraica, Herzlähmung, Blutung aus der Schilddrüse, Lungentuberculose und je zwei an Erschöpfung und Pneumonie.

Vor länger als 3 Jahren wurden 48 Fälle operirt. Diese eignen sich in Folge dessen zur statistischen Verwerthung in Bezug auf den Dauererfolg. 22 sind geheilt geblieben und 1 starb recidivfrei $2^1/_2$ Jahre nach der Operation an einer

intercurrenten Erkrankung. Von den später operirten Fällen sind mehrere noch recidivfrei im zweiten und dritten Jahre und für diese ist die Aussicht, gesund zu bleiben, eine um so grössere, als bekanntlich die Gefahr des Recidivs nach dem ersten Jahre geringer wird.

Von den 15 Laryngofissuren sind 12 recidivfrei geblieben, von den 26 Hemisectionen 8 und von den 7 Totalexstirpationen 2.

In allen zur Operation gelangten Fällen wurde selbstverständlich die klinische Diagnose durch die histologische Untersuchung eines exstirpierten Gewebsstückes aus dem Tumor vorher bestätigt.

Discussion:

Marschik (Wien): Seit 1908 wurden an der Klinik Chiari 109 Fälle von Larynxcarcinom und 21 Fälle von Pharynxcarcinom beobachtet. Die Statistik bis dahin wurde von Chiari im Jahre 1908 aus Anlass des damaligen internationalen Laryngo-Rhinologencongresses publicirt. Unter jenen Fällen wurden 90 der Radicalbehandlung unterzogen. Es waren darunter 18 Thyreotomien, 24 partielle Resectionen, meist der Hälfte des Larynx, 38 Totalexstirpationen, 10 Pharynxresectionen, in der Regel mit Totalexstirpation des Larynx combiniert. Unmittelbar operative Todesfälle, d. i. bis zur 2. bis 3. Woche post operationem haben wir 14 zu verzeichnen, darunter mehrere Mediastinitiden, zwei Pneumonien, zwei Delirien, drei Arrosionen grösserer Arterien und mehrere Fälle von Herztod wegen Myodegeneratio cordis.

Demonstration einer Anzahl von geheilten Patienten:

Zwei Laryngofissuren, operirt vor 5 und 1 Jahr;

Eine Hemilaryngektomie, operirt vor 7 Jahren nach der alten Methode, mit geschlossenem Larynx und guter Sprache;

Eine Hemilaryngektomie nach neuer (Gluck's) Methode, vor einem Jahr operiert, mit Drüsenausräumung, noch im Stadium des ersten Actes. Das Laryngostoma wird durch einen in den Hautlappen implantirten Knorpel geschlossen werden.

Hemilaryngektomien nach Gluck wurden bis jetzt drei ausgeführt. Ferner:

Vier Totalexstirpationen, darunter eine vor 4 Jahren operirt. Bis auf einen, der erst vor kurzer Zeit operirt worden ist, sprechen alle mit gut normaler Larynxstimme, einer der Patienten spricht mittelst Inspirations- und Exspirationsbewegungen in den Oesophagus, also richtiger Speiseröhrenathmung.

Zwei Pharynx-Larynxresectionen. Der erste Patient ist noch im ersten Act und zeigt die typischen Gluck'schen Oeffnungen am Hals: Oesophago-, Tracheo- und Pharyngostoma. Die andere, eine vor der Operation auf 42 kg reduziert gewesene Frau hat bereits den zweiten Act hinter sich und zeigt den Gluck'schen künstlichen Hypopharynx, aus der umgebenden Halshaut gebildet.

Kahler (Freiburg) empfiehlt anstatt Allgemeinnarkose bei dieser langdauernden Operation nach Gluck die locale Anästhesie und begründet die Indication hierzu durch die Herabsetzung der Schleimbildung und Verminderung der Infectionsgefahr und Hintanhaltung der Schluckpneumonie.

Gutzmann (Berlin) spricht zur Frage der Technik der Gluck'schen Sprech-

apparate nach Larynxexstirpation und macht Vorschläge zur Erreichung einer leichteren Modulationsfähigkeit dieser künstlichen Stimme.

Killian (Wien) spricht über die Modification der Gluck'schen Methode von Rochet, geeignet in jenen Fällen, in welchen das Carcinom auf den vorderen Abschnitt des Kehlkopfes beschränkt ist und gewiss noch nicht auf die Umgebung übergegriffen hat, die wesentlich bezweckt, einen möglichst kleinen Pharynxdefect zu setzen. Demonstration von diesbezüglichen Bildern.

Safranek (Budapest) spricht über die diesbezügliche Erfahrung auf der Klinik Onodi und tritt u. A. für die zweizeitige Operation ein.

Paul Heymann (Berlin) meint, dass man doch die Allgemeinnarkose beibehalten soll, da die von Kahler empfohlene Scopolamin-Morphiumanästhesie doch nicht ungefährlich ist.

Chiari (Wien) bemerkt, dass er sowohl bei den klinischen als auch privat operirten Fällen Scopolamin-Morphiumanästhesie mit local 1 proc. Novocain mit Erfolg angewendet habe und die Allgemeinnarkose nicht für nöthig hält.

Wiebe (Dresden): Zur Behandlung der Intubationsstenosen.

Redner berichtet über 15 Fälle von Intubationsstenose, von denen 5 vor Beendigung der Behandlung auf Wunsch der Eltern nach Hause entlassen werden mussten. Von den übrigen 10 Kindern steht eins noch in Behandlung, 8 wurden geheilt entlassen und ein Kind zeitweise mit einer Bolzencanüle nach Hause entlassen, um später nochmals aufgenommen zu werden. Zu Hause wurde das Kind verwahrlost, und als einmal das die Canüle haltende Band zerriss, nahm es sich die Canüle heraus und erstickte. Die Häufigkeit der Intubationsstenose ist zu einem grossen Theile vom Assistentenmateriale abhängig. Redner wünscht an allen Universitäten Intubationskurse. Er bespricht die Gründe des Decubitus und die Auswahl der Tuben. Die Dauer der Behandlung der geheilten Stenosenfälle betrug im Durchschnitte 228 Tage. Bei der Untersuchung wird Narkose und Cocain möglichst gemieden. Aber mit Spiegel und directer Laryngoskogie ist der Befund meist gut zu erheben. Der häufigste Sitz der Stenose ist die Ringknorpelgegend. Dabei wird gleichzeitig durch die subglottische Schwellung oft Medianstellung der Stimmbänder veranlasst. Redner bespricht dann multipel vorkommende Schwellungen und die durch Tracheotomie hinzukommenden Athmungshindernisse. Bei der Behandlung wurde früher fortgesetzte Intubation geübt, in den letzten Jahren Bolzenbehandlung, anfangs mit Schrötter'schen Bolzen, dann mit Thost'schen Bolzen. Dieselben geben bei kleinen Kindern, bei welchen man keine Gersuny'schen Canülen anwenden kann, Behinderung durch Granulationsbildung. Der Vortragende demonstrirt dann seine Schienencanüle mit auf der unteren Fläche gekrümmten Bolzen, bei welcher der Bolzen seitlich durch zwei Schienen umfasst wird. Seit Anwendung dieser Canüle mit Bolzen hat er Granulationsbildung zwischen Canüle und Bolzen nie beobachtet. Die Heilung der Knickung der Luftröhre nach Tracheotomie erreichte er durch etwas spitzwinklige Stellung des Bolzens zum Griff. Redner weist zum Schluss auf die Wichtigkeit der Anstellung von Laryngologen an allen Kinderkrankenhäusern hin.

Discussion: **Thost** (Hamburg) spricht gegen die Abhaltung von Kursen für Intubation, welche an der Leiche nichts nützen, am Lebenden nicht gut durchführbar und zu gefährlich für das Kind sind. Er empfiehlt die Tracheotomia inferior.

H. Koschier (Wien): **Ueber die Behandlung der postdiphtheritischen Larynx- und Trachealstenosen.**

Als ideale Methode der Behandlung dieser Stenosen ist die quere Resection der vernarbten Stellen mit nachfolgender Vernähung beider Stümpfe zu betrachten. Dadurch kann bei glattem Verlaufe ein functionell vollkommen befriedigendes Resultat erzielt werden. Leider eignet sich dieses Verfahren nur für jene Fälle, wo die Narbe einen verhältnissmässig geringen Theil der Trachea einnimmt und mehr oder weniger circulär verläuft. Bedingung für ein gutes Resultat ist, dass die Narbe fest ist und in ihrer Umgebung keine acut entzündlichen Veränderungen der Schleimhaut bestehen. Als Beispiel dafür stellt K. einen 14jährigen Burschen vor, an dem er vor 8 Jahren diese Operation ausgeführt hat. Der Bursche kann gut athmen, spricht leidlich gut und trägt selbstverständlich keine Canüle.

Für jene Fälle, in denen die Narben grössere Theile des Larynx und der Trachea einnehmen, und das zu resecirende Stück zu gross wäre, eignet sich besser die Laryngo-Tracheotomie. Durch Annähung der Halshaut an die erhaltene Trachealschleimhaut wird vor allem das Trachealrohr in eine offene Rinne verwandelt und die in der Trachea sitzende Narbe verliert den Gegenzug, so dass sie sich von selbst ohne weitere Behandlung verkleinert; sie sinkt förmlich in sich zusammen. Wenn durch die blosse Operation keine genügende Erweiterung des Lumens zu erreichen ist, empfiehlt K. die zum Zwecke der progressiven Dilatation bereits vor Jahren angegebenen Schornsteincanülen, welche den Vortheil haben, an ihrem hinteren Theile keinen Winkel zu bilden und dadurch die Entstehung eines [illegible] Spornes an dieser Stelle verhindern. Bekanntlich sind die Sporne, die sich im Anschluss an die Behandlung mit den anderen Schornsteincanülen entwickeln, das Haupthinderniss für das definitive Decanulement. (K. demonstrirt ein Präparat, welches diese Verhältnisse illustrirt.)

Als Beispiel für diese Behandlungsmethode werden drei Kinder vorgeführt, welche zwischen 5½ und 4½ Jahren die Canüle getragen haben und vor der Tracheotomie zu wiederholten Malen nach anderen Methoden operirt worden sind. Derzeit besteht freie Athmung durch den Mund ohne Stenosenerscheinungen, und auch die Stimme ist befriedigend zu nennen. Canülen werden selbstverständlich von den Kindern nicht getragen.

Friedrich Neumann: **Die Behandlung der Larynxpapillome bei Kindern an der k. k. Universitätsklinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten.**

Nach der Statistik Chiari's wurden vom Jahre [illegible] bis [illegible] im Ganzen [illegible] Kinder in der Klinik wegen Papillome behandelt und zwar [illegible] Knaben und [illegible] Mädchen. Laryngofissur wurde niemals ausgeführt. [illegible]mal wurde wegen Erstickungsgefahr die Tracheotomie gemacht. Ein Kind starb zwei Tage nach der Tracheotomie, fünf mussten die Canüle tragen.

[illegible] wird an der Klinik [illegible] zuerst die [illegible] Methode versucht, welche [illegible] gut durchführbar ist.

In der Mehrzahl der Fälle aber muss man zur directen Methode und zur Narkose greifen, so dass dieses Verfahren als das gewöhnliche bezeichnet werden kann.

Die directe Laryngoskopie in Narkose wird seit 2 Jahren mit dem von N. angegebenen Narkosespatel ausgeführt, der ein gleichmässiges ruhiges Arbeiten gestattet. Die Operation wird in Rückenlage des Patienten bei möglichst tiefem Kopf ausgeführt, so dass eine Aspiration von Papillomtheilchen, Blut, Schleim, Speichel und Adrenalin ausgeschlossen ist. Es ist gut, stumpfe Pincetten zu verwenden, sie haben gegenüber scharfen Pincetten den Vortheil, dass sie Papillome ausreissen, wobei das bindegewebige Stroma mit entfernt wird. In manchen Fällen, wo infolge der üppig wuchernden Papillome die Athmung in der Narkose schlecht ist, ist es aber doch angezeigt, mit einer scharfen Pincette erst ein genügend grosses Athmungslumen zu schaffen. An Stelle der scharfen Pincette benützt man auch mit gutem Erfolg den scharfen Löffel. Die Vorsicht, zuerst ein möglichst grosses Athmungslumen zu schaffen, ist von Wichtigkeit, da die Beobachtung gemacht wurde, dass Kinder, die an einem ständigen Sauerstoffmangel leiden, eine längere Narkose (und auf 45 Minuten muss man immer gefasst sein) nicht vertragen, bzw. sehr rasch asphyktisch werden.

Bei einem Knaben, der sowohl gegen Chloroform als auch gegen Aether eine eigenartige Idiosynkrasie hatte, gelang es nicht, radical vorzugehen, immer einige Minuten nach Eintreten der Narkose wurde das Kind asphyktisch, so dass das Kind nach mehreren vergeblichen Versuchen mit der Canüle entlassen werden musste.

Die meisten Kinder vertragen die Chloroformnarkose sehr gut. Trotz der tiefen Narkose aber bleibt der Larynx manchmal für stärkere Reize empfindlich, so dass man trotz der Narkose den Larynx mit Cocain anästhesiren muss. Ist der Larynx unempfindlich und das Kind so gelagert, dass der Hals förmlich an dem Laryngoskop hängt, dann gelingt es fast immer in einer Sitzung, den Larynx radical auszuräumen.

Sehr verlockend ist es, bei Papillomen die Killian'sche Schwebelaryngoskopie anzuwenden, aber es blieb nur bei Versuchen, da bei der Schwebelaryngoskopie Spatel und Larynx ein zu starres System bilden und so die seitlichen subglottischen Partien schwer zugänglich sind.

Wenn die Papillome aus dem Larynx entfernt sind, so wendet man irgend ein Aetzmittel an. Die flüssigen, mit einem Watteträger applicirten Aetzmittel haben den Nachtheil, dass sie sich auf der Oberfläche verbreiten und so die eventuell gesunde Umgebung verätzen, ohne ihren Zweck zu erfüllen, der darin bestände, das in die Mucosa eindringende Bindegewebsstroma der Papillome zu verätzen. Es wurde daher besonders in der letzten Zeit die Elektrokaustik mit sehr gutem Erfolge angewandt. Mit dem an seinem Ende rechtwinkelig abgebogenen Spitzbrenner kann man sehr präcise arbeiten, ohne befürchten zu müssen, gesunde Partien zu zerstören. Natürlich muss man sich davor hüten, allzu tief in das Gewebe einzudringen.

Ist die Operation beendet, so pflegt der Vortragende noch am hängenden Kopf unter Leitung des Finders ein dem Larynx entsprechendes Schrötter-Rohr

einzuführen, reinigt nun den Pharynx und Epipharynx, in dem sich eine Menge Schleim, Speichel und Blut angesammelt hat, und bringt jetzt erst den Patienten in normale Rückenlage.

Das Schrötter-Rohr wird solange im Larynx belassen, bis das Kind mit Hustenstössen darauf reagirt. Die Einführung des Schrötter-Rohres hat einen zweifachen Vortheil, erstens kann das Kind nichts aspiriren und zweitens wird infolge des Druckes auf die medialen Theile der Stimmbänder eine eventuelle Blutung daselbst zum Stehen gebracht.

Nach dem Erwachen bekommt das Kind eine Eiskrawatte. Wegen eines postoperativ auftretenden Oedems bestand niemals die Nothwendigkeit, eine Tracheotomie zu machen.

Was die Tracheotomie vor der Operation betrifft, so wenden wir sie nur bei Erstickungsgefahr an. Es ist nicht gut, einfach zu tracheotomiren und keinen Versuch zu machen, die Papillome zu entfernen, denn die Papillome schwinden nicht immer nach der Tracheotomie, und wenn die Canüle zu lang getragen wird, so tritt, speziell bei Kindern, eine Inactivitätsparese und Atrophie der Stimmbänder ein.

Discussion:

Heindl (Wien) berichtet über die medicamentöse Therapie mit Kalkmilchinhalationen und Pflanzendiät bei Larynxpapillomen.

Killian (Berlin) verweist auf die demnächst von seinem Assistenten Albrecht erscheinende ausführliche Publication über die Verwendung der Schwebelaryngoskopie bei Papillomen in Narkose, und sagt, dass gerade bei Dyspnoe das Einführen eines dünnen Rohres in den Larynx die Tracheotomie ersetzt.

Koschier (Wien) berichtet über ebenfalls gute Resultate der Schwebelaryngoskopie bei Papillomen in Narkose.

Thost (Hamburg) spricht sehr eindringlich für tiefe Probeexcisionen bei Papillomen Erwachsener, da oft nur tief im Mutterboden Carcinom nachweisbar ist.

II. Abtheilungssitzung am 23. September 1913, Vormittags.

Prof. L. Réthi (Wien) erstattet ein Referat über die Heilwirkung des Radiums bei Erkrankungen der oberen Luftwege. Er findet es auffallend, dass die Angaben über die Strahlenwirkung sehr variiren und dass glänzenden Erfolgen gänzliches Versagen des Radiums gegenübersteht; dies hat verschiedene Ursachen: Es kommen hierbei in Betracht nicht nur die Ausbreitung des Processes und die Tiefe, bis zu welcher die Krankheit gediehen ist, sondern namentlich die Menge des angewendeten Radiums, die Art der Anwendung, die Strahlenmischung, die Beschaffenheit und Dicke des Filters und die Grösse des Radiumträgers; doch spielt auch die individuelle Empfindlichkeit mit.

Oberflächlich sitzende Processe erfordern grosse Radiumdosen mit dünnem Filter, tiefgreifende Erkrankungen solche mit dickem Filter, um

die weichen Strahlen abzuhalten; statt eines dicken Filters sollen jedoch zur Vermeidung von secundären Strahlen mehrere dünne Filter benützt werden, welche in Mattpapier oder Gaze eingeschlagen werden; allerdings entwickeln sich secundäre Strahlen auch beim Auftreffen der harten Beta- und Gammastrahlen auf dickere Gewebsarten. Beachtet soll werden, dass die harten Strahlen ihre Wirkung oft erst spät entfalten, dass sich die Gewebsveränderungen langsam vollziehen und dass leicht eine schädliche Cumulirung der Radiumwirkung erfolgen kann.

Beim Lupus ist es ein Vortheil, der Bestrahlung eine Auskratzung oder galvanokaustische Zerstörung vorauszuschicken. Teleangiektasien, Muttermale, Kehlkopfpapillome reagiren auf Radium gut. Ebenso Narben, wobei einfache Rückbildung stattfindet, ohne Entzündung hervorzurufen. Dem Carcinom gegenüber zeichnet sich das Radium geradezu durch elektives Verhalten aus. Berücksichtigt muss werden, dass kleine Dosen irritirend und wachsthumsfördernd wirken und nur grosse Dosen eine Zerstörung gewährleisten. Ein grosser Theil der widersprechenden Angaben und schlechten Resultate ist auf verschiedene Arten der Application bezw. zu geringe Radiumdosen zurückzuführen. Die Nothwendigkeit grosser Radiumdosen wird jetzt nahezu allgemein anerkannt und gefordert; stehen nur schwache Radiumträger zur Verfügung, so soll die Einwirkung entsprechend länger dauern.

Vorderhand sollen Carcinome, wenn sie noch operabel sind, von vornherein nicht mit Radium behandelt, sondern chirurgisch angegangen werden. Inoperable Carcinome und Recidive gehören in die Domäne der Radiumstrahlen; manche inoperable Fälle werden auf diese Weise operabel und bei Recidiven gelingt es oft, dieselben wieder zu beseitigen; in einzelnen Fällen ist es erst nach Jahren, wenn überhaupt zu einem Recidive gekommen. Nach der Operation bezw. nach Beseitigung der Recidive sind prophylaktische Bestrahlungen vorzunehmen. Bei Sarkomen werden ebenfalls nicht selten glänzende Erfolge erzielt. Die Radiumbehandlung soll derzeit noch eine ergänzende und nicht eine concurrirende Methode der operativen Behandlung sein. Die combinirte Behandlung, d. h. die Entfernung der Hauptmassen des Tumors auf chirurgischem Wege mit nachfolgender Bestrahlung giebt zuweilen vorzügliche Resultate. Auf Oesophaguscarcinome wirkt das Radium günstig ein, die Stenose wird geringer und das Schlucken leichter, ebenso bei jauchiger Absonderung, Fötor und bei Schmerzen. Schliesslich wird vom Referenten auf die vereinzelten Berichte über Perforation beim Oesophaguscarcinom hingewiesen, welche vielleicht dem Radium zur Last gelegt werden müssen, sowie auf die Möglichkeit von Gefässarrosion, auch wenn die Gefässwand von der Neubildung nicht ergriffen ist. Diese seltenen Vorkommnisse dürfen jedoch keine Contraindication gegen die Anwendung des Radiums bilden, weil die Vorteile auch jetzt schon die Nachteile bedeutend überwiegen. Wenn auch noch viele und mühevolle Arbeit nothwendig sein wird, so steht es doch jetzt schon fest, dass dem Radium eine grosse Heilkraft innewohnt und dass auch der Laryngo-Rhinologie in den Radiumstrahlen ein gewichtiger Heilfactor erwachsen ist.

A. Thost (Hamburg) hält seinen Vortrag über: Die Behandlung von Erkrankungen der oberen Luftwege und des Ohres mit Röntgenstrahlen.

Der Vortragende behandelte ca. 100 Fälle mit Röntgenstrahlen von aussen durch die Haut und auch von innen mittelst Bleiglasröhren. Für den Kehlkopf- und Nasenrachenraum benutzte er die von Mader und Rosenthal angegebene Röhre. Er ging mit grösster Vorsicht vor und schreibt die Erfolge vor Allem der mechanischen Wirkung der Lichtstrahlen zu. Bei malignen Tumoren konnte er zwar keine Heilung, wohl aber eine nennenswerthe Besserung in vielen Fällen erzielen. Von 15 Tuberculosefällen hatte er nur in einem Falle, da allerdings definitive Heilung erzielt. Es handelte sich um eine tuberculöse Perichondritis mit Fistelbildung auf der vorderen Halsseite. Bei oberflächlichem Lupus zeigten sich die bekannten guten Erfolge der Lichtbehandlung. Vortragender gibt immer gleichzeitig Tuberculin. Ein sehr dankbares Gebiet für diese Art der Therapie sind die Lymphdrüsenschwellungen am Halse. Ueber sehr gute Resultate der Röntgenbehandlung berichtet Thost weiter bei Nebenhöhlenerkrankungen und meint, dass hier noch in der Zukunft viel zu erwarten sein könnte, ebenso bei Ozaena. Weiter spricht der Vortragende über die Einwirkung der Röntgenstrahlen bei Erkrankungen des Ohres.

Discussion:

Kahler (Freiburg i. B.) berichtet über Mesothoriumbehandlung einiger Fälle, kann aber wegen der Kürze der Beobachtungsdauer noch kein abschliessendes Gutachten abgeben. Er benutzte möglichst grosse Dosen bei starker Filtrirung. Er besprach das von ihm angegebene Instrumentarium und bemerkt, dass bei der langen Dauer der Bestrahlung die Instrumente gut fixierbar sein müssen, so dass das Radium bis 48 Stunden und länger belassen werden kann, wobei eben gut abgefiltert werden muss, damit keine Verbrennung zu Stande kommt. Nach einigen Wochen vorgenommene Probeexcisionen derart bestrahlter Carcinome liessen kein Carcinom mehr erkennen. Die Drüsencarcinome reagierten nicht günstig, ebenso wenig Oesophaguscarcinome und Papillome. Günstig beeinflusst wurde ein Nasensarkom.

Die Bestrahlung inoperabser Fälle hatte in einigen Fällen den Erfolg, dass diese noch radical angegangen werden konnten.

Kofler (Wien) berichtet über 20 Fälle maligner und benigner Tumoren. Er verwendete vorzugsweise das Dominici'scheRöhrchen mit 30 mg reinem Radium. Die Application erfolgte theils mittelst improvisierten Instrumenten, wie Drains, theils mit eigens construirten, die er demonstrirte. So u. A. den Applicator für den Larynx, ein Oesophagusbougie mit abschraubbaren Bolzen und eingelegten Dominciröhrchen (nach Chiari-Kofler). Auch empfiehlt er möglichst langdauernde Bestrahlung; von unangenehmen Folgeerscheinungen beobachtete er nur einmal eine starke Blutung.

Pick (Prag) spricht über die Röntgentherapie bei Sklerom, über die er gute Resultate zu verzeichnen hat. Subglottische Infiltrate sind nach Röntgeni-

sierung durch die Haut ganz zurückgegangen und bisher, d. i. 2 Jahre, nicht recidivirt.

Schönemann (Bern) frägt Thost, ob er einen Unterschied bemerkt hat bei der Anwendung der älteren Röntgentypen gegenüber den neuesten Apparaten.

Grossmann (Wien) erinnert an den von ihm in Lissabon vorgestellten Fall von Carcinom, welches er endolaryngeal mit Radiumsubstanz bestrahlt hat und verweist darauf, dass er vielleicht der erste war, welcher ein Sarkom der Nase behandelt hat und bespricht in Kürze seine Fälle.

Marschick (Wien) plädirt bei Nasenrachenraumtumoren dafür, sich einen möglichst breiten Zugang zwecks Bestrahlung durch die Nase (Resection des Septums etc.) zu schaffen und verweist namentlich bei schnell wachsenden Tumoren auf die Nothwendigkeit der combinirten Operation und Bestrahlung.

Hajek (Wien) berichtet über zwei durch Radium wiederholt behandelte Tumoren und giebt zu bedenken, dass wir über die Endresultate dieser Behandlungsmethode wohl erst nach jahrelanger Beobachtung ein definitives Gutachten werden abgeben dürfen.

Koschier (Wien) spricht sich dagegen aus, dass man beginnende Tumoren erst mit Radium bestrahlt, wie Kahler meinte, sondern man müsse zuerst operiren. Radium wirke nur bei oberflächlichen Tumoren und Ulcerationen und habe geringe Tiefenwirkung. Radinm wird also eine Ergänzung unserer Behandlung bilden, aber als Heilmittel bei grösseren Tumoren will er es nicht anerkennen.

Menzel (Wien) hat in einem Falle von Cylindrom des Nasenrachenraumes ein nach chirurgischer Behandlung aufgetretenes Recidiv durch Radiumbestrahlung zum Schwinden gebracht. Ferner eine nahezu ein Jahr lang vergeblich chirurgisch behandelte Tuberculose des Naseneinganges durch sechswöchige Radiumbestrahlung geheilt. Heilungsdauer in beiden Fällen bisher zwei Monate.

Fünfzehn von Menzel mit Radiogenwasserspülungen behandelte chronische Kiefer- und Stirnhöhleneiterungen blieben völlig unbeeinflusst. Nur ein nahezu ein Jahr lang mit Borsäurespülungen vergeblich behandelter Fall von chronischer Kieferhöhleneiterung konnte nach zweimonatiger Radiogenwasserspülung glatt geheilt werden. Heilungsdauer zwei Jahre.

Gluck (Berlin) spricht über spontane Rückbildung zweifelhafter Carcinome und berichtet über einige derartige Fälle.

Thost (Hamburg) beantwortet die Anfrage Schönemann's dahin, dass er mit dem Röntgenapparat von Reiniger, Gebbert und Schall mit Gasunterbrecher und Wechselstrom arbeitet und dass er mit Rosenthalröhren gute Erfahrungen gemacht hat.

Tschiassny (Wien) demonstrirt einen mit Radium behandelten Fall von Ulcera tuberculosa des harten Gaumens.

Rethi (Wien) widerspricht in seinem Schlussworte der in der Discussion gemachten Aeusserung, dass auch ohne Radium sehr viele Tumoren sich spontan involvirt hätten, gibt zu bedenken, dass Fälle nach Radiumbehandlung schon 8

bis 9 Jahre recidivfrei geblieben sind und möchte sich bezüglich der Zukunft des Radiums nicht so skeptisch verhalten wie Koschier.

H. Gutzmann (Berlin): Begriff und Classification der habituellen Dyskinesen der Stimme.

Habituelle Dyskinesen (gewohnheitsmässige Bewegungsstörungen) der Stimme können entstehen, wenn die erste Ursache einer sonst nur vorübergehenden Stimmstörung, z. B. Katarrh, Mutation, aber auch Ueberanstrengung der Stimme u. a. m. längere Zeit wirksam bleibt. So gewöhnen sich besonders Kinder nicht selten an, einen Anfangs durch acute Laryngitis entstandenen Stimmausfall auch nach Ablauf der empfindlichen Erscheinungen beizubehalten: Gewöhnung an den Bewegungsausfall, Vergessen der Bewegungsvorstellungen — habituelle Stimmlähmung oder habituelle Hypokinese der Stimme. Bisher wurde diese Erscheinung irrthümlicher Weise als hysterisches Symptom betrachtet.

Ebenso kommt es zu übertriebenen, krampfartigen Bewegungsstörungen durch Gewöhnung (habituelle Hyperkinesen) und zu fehlerhaften Bewegungen an Stelle der normalen (habituelle Parakinesen).

Die Erkenntniss, dass die Störungen auf fehlerhafte Angewöhnung zurückzuführen sind, ist für die Methode der Behandlung entscheidend. Locale Behandlung der Stimmbänder führt nicht nur nicht zum Ziel, sondern schadet fast immer, besonders bei Hyper- und Parakinesen durch Erhöhung des Reizes. Die der erkannten Ursache entsprechende Therapie besteht im Wesentlichen in der Einübung der Bewegungen, welche die normale Stimme erzeugen.

Hugo Stern (Wien): Zur Diagnose und Therapie functioneller Stimmstörungen.

Unter dem Sammelbegriff functionelle Stimmstörungen sind alle jene Stimmaffectionen zu verstehen, bei denen es sich, ohne dass irgend welche organisch-mechanische Schädigungen als erste oder fortwirkende Ursache der Störungen nachweisbar sind, um eine Functionsherabsetzung, eine Functionsinsuffizienz oder um einen Functionsverlust handelt und bei welchen der Defect in der Stimmproduction auf einer stärkeren Inanspruchnahme eines oder mehrerer Factoren, die für die Stimmgebung maassgebend sind, als es den physiologischen und auch den kunstästhetischen Grundsätzen entspricht, beruht. Für die dabei in Betracht kommenden diagnostischen Gesichtspunkte hat Stern eine zusammenfassende Tabelle angegeben. Erst auf der Basis eines alle Kriterien der Stimmgebung exact berücksichtigenden Befundes kann man die Richtungslinien der Behandlung derartiger Affectionen bestimmen. Die Therapie selbst giebt bei strenger Individualisirung und genauer Dosirung der therapeutischen Maassnahmen (Vibrationsmassage, faradischer und Hochfrequenzstrom, Methoden des „klinischen Ausgleichs“, systematische Athem- und Stimmübungen, Stauungsmethode in den verschiedenen Formen etc.) auch in schweren Fällen ganz vorzügliche Erfolge.

Max Breitung (Coburg): Die Phonographie in ihrer praktischen Verwertung für Stimmprüfung und das anthropometrische Signalement.

Der Vortragende stellt folgende Leitsätze auf:

Phonographie ist technisch noch nicht so leistungsfähig, wie die
ls Grund hierfür ist die kurze Zeit der Entwickelung dieses Ver-
Schwierigkeit der Materialien für Aufnahme und Wiedergabe

ssenschaftliche Phonographie stellt höhere Anforderungen an Appa-
ersuchungen, als die für industrielle Zwecke.

Allgemeinen ist phonographisch die Musik der menschlichen Sprache
doch wurden in letzter Zeit auch die Sprechapparate wesentlich ver-
nnet.

4. Ein principieller Nachtheil bei der Phonographie besteht in der Abngigkeit des Untersuchers von dem Untersuchungsobject.

5. Je metallreicher und tragfähiger die Stimme, um so deutlicher die phonographischen Bilder.

6. Aus dem phonographischen Bilde können Sachverständige Schlüsse ziehen hinsichtlich der Zukunft für rhetorische Künste und Berufsarten. Der „Metallgehalt" der Stimme lässt sich nicht erziehen.

7. Die wissenschaftliche Phonographie ist für das anthropometrische Signalement wirkungsvoll zu verwenden und wäre ihr in krimineller Hinsicht besonderes Augenmerk zuzuwenden.

8. Die zuverlässigsten Bilder geben die härtesten und glattesten Walzen. In Schulen und Konservatorien u. s. w. sollte die phonographische Stimmprüfung bei der Aufnahme eingeführt werden.

9. Theaterleiter sollten von neuen Mitgliedern die Vorlage einiger von Laryngologen fachtechnisch aufgenommener Phonogramme verlangen.

Discussion:

Imhofer (Prag) macht erstens darauf aufmerksam, dass es ganz geringer Anlässe bedürfe, um einen Menschen bezüglich der Sprechstimmlage aus dem Gleichgewicht zu bringen, bezw. dieselbe in die Höhe zu treiben; z. B. genüge hierfür die Aufregung bei der ärztlichen Untersuchung. Redner pflegt deshalb die Bestimmung der Tonhöhe erst nach einiger Zeit der Unterredung vorzunehmen. Zweitens warnt Imhofer davor, jetzt alle Stimmstörungen ohne laryngoskopischen Befund kurzweg als Phonasthenie anzunehmen. Es giebt Krankheitsbilder, die der Phonasthenie sehr ähnlich sind; so z. B. kann eine beginnende Lungentuberculose ebenfalls zu Dysasthenie im Larynx ohne laryngoskopische Veränderungen führen und es können diese Dysasthenien an die phonische Leistung gebunden sein, was leicht zu Verwechselungen führen kann. In diesen Fällen versagt natürlich die Stimmgymnastik.

Thost (Hamburg) spricht sich für das intralaryngeale Elektrisiren der Aryknorpelgegend bei Phonasthenie aus und hält die extralaryngeale Behandlung für zwecklos.

Chiari (Wien) sah auch von der extralaryngealen Behandlung gute Erfolge.

Gutzmann (Berlin) spricht sich gegen die intralaryngeale Behandlung aus.

Hanszel Wien).

(Fortsetzung und Schluss folgt.)

---

bis 9 Jahre recidivfrei geblieben sind und möchte sich bezüglich der Zukunft des Radiums nicht so skeptisch verhalten wie Koschier.

H. Gutzmann (Berlin): Begriff und Classification der habituellen Dyskinesen der Stimme.

Habituelle Dyskinesen (gewohnheitsmässige Bewegungsstörungen) der Stimme können entstehen, wenn die erste Ursache einer sonst nur vorübergehenden Stimmstörung, z. B. Katarrh, Mutation, aber auch Ueberanstrengung der Stimme u. a. m. längere Zeit wirksam bleibt. So gewöhnen sich besonders Kinder nicht selten an, einen Anfangs durch acute Laryngitis entstandenen Stimmausfall auch nach Ablauf der empfindlichen Erscheinungen beizubehalten: Gewöhnung an den Bewegungsausfall, Vergessen der Bewegungsvorstellungen — habituelle Stimmlähmung oder habituelle Hypokinese der Stimme. Bisher wurde diese Erscheinung irrthümlicher Weise als hysterisches Symptom betrachtet.

Ebenso kommt es zu übertriebenen, krampfartigen Bewegungsstörungen durch Gewöhnung (habituelle Hyperkinesen) und zu fehlerhaften Bewegungen an Stelle der normalen (habituelle Parakinesen).

Die Erkenntniss, dass die Störungen auf fehlerhafte Angewöhnung zurückzuführen sind, ist für die Methode der Behandlung entscheidend. Locale Behandlung der Stimmbänder führt nicht nur nicht zum Ziel, sondern schadet fast immer, besonders bei Hyper- und Parakinesen durch Erhöhung des Reizes. Die der erkannten Ursache entsprechende Therapie besteht im Wesentlichen in der Einübung der Bewegungen, welche die normale Stimme erzeugen.

Hugo Stern (Wien): Zur Diagnose und Therapie functioneller Stimmstörungen.

Unter dem Sammelbegriff functionelle Stimmstörungen sind alle jene Stimmaffectionen zu verstehen, bei denen es sich, ohne dass irgend welche organisch-mechanische Schädigungen als erste oder fortwirkende Ursache der Störung nachweisbar sind, um eine Functionsherabsetzung, eine Functionsinsuffizienz oder um einen Functionsverlust handelt und bei welchen der Defect in der Stimmproduction auf einer stärkeren Inanspruchnahme eines oder mehrerer Factoren, die für die Stimmgebung maassgebend sind, als es den physiologischen und auch den kunstästhetischen Grundsätzen entspricht, beruht. Für die dabei in Betracht kommenden diagnostischen Gesichtspunkte hat Stern eine zusammenfassende Tabelle angegeben. Erst auf der Basis eines alle Kriterien der Stimmgebung zu berücksichtigenden Befundes kann man die Richtungslinien der Behandlung derartiger Affectionen bestimmen. Die Therapie selbst giebt bei strenger Individualisirung und genauer Dosirung der therapeutischen Maassnahmen (Vibrationsmassage, faradischer und Hochfrequenzstrom, Methoden des „klinischen Ausgleichs", systematische Athem- und Stimmübungen, Stauungsmethode in den verschiedenen Formen etc.) auch in schweren Fällen ganz vorzügliche Erfolge.

Max Breitung (Coburg): Die Phonographie in ihrer praktischen Verwertung für Stimmprüfung und das anthropometrische Signalement.

Der Vortragende stellt folgende Leitsätze auf:

1. Die Phonographie ist technisch noch nicht so leistungsfähig, wie die Photographie. Als Grund hierfür ist die kurze Zeit der Entwickelung dieses Verfahrens, sowie die Schwierigkeit der Materialien für Aufnahme und Wiedergabe anzuführen.

2. Die wissenschaftliche Phonographie stellt höhere Anforderungen an Apparate und Untersuchungen, als die für industrielle Zwecke.

3. Im Allgemeinen ist phonographisch die Musik der menschlichen Sprache voraus, doch wurden in letzter Zeit auch die Sprechapparate wesentlich vervollkomnet.

4. Ein principieller Nachtheil bei der Phonographie besteht in der Abhängigkeit des Untersuchers von dem Untersuchungsobject.

5. Je metallreicher und tragfähiger die Stimme, um so deutlicher die phonographischen Bilder.

6. Aus dem phonographischen Bilde können Sachverständige Schlüsse ziehen hinsichtlich der Zukunft für rhetorische Künste und Berufsarten. Der „Metallgehalt" der Stimme lässt sich nicht erziehen.

7. Die wissenschaftliche Phonographie ist für das anthropometrische Signalement wirkungsvoll zu verwenden und wäre ihr in krimineller Hinsicht besonderes Augenmerk zuzuwenden.

8. Die zuverlässigsten Bilder geben die härtesten und glattesten Walzen. In Schulen und Konservatorien u. s. w. sollte die phonographische Stimmprüfung bei der Aufnahme eingeführt werden.

9. Theaterleiter sollten von neuen Mitgliedern die Vorlage einiger von Laryngologen fachtechnisch aufgenommener Phonogramme verlangen.

Discussion:

Imhofer (Prag) macht erstens darauf aufmerksam, dass es ganz geringer Anlässe bedürfe, um einen Menschen bezüglich der Sprechstimmlage aus dem Gleichgewicht zu bringen, bezw. dieselbe in die Höhe zu treiben; z. B. genüge hierfür die Aufregung bei der ärztlichen Untersuchung. Redner pflegt deshalb die Bestimmung der Tonhöhe erst nach einiger Zeit der Unterredung vorzunehmen. Zweitens warnt Imhofer davor, jetzt alle Stimmstörungen ohne laryngoskopischen Befund kurzweg als Phonasthenie anzunehmen. Es giebt Krankheitsbilder, die der Phonasthenie sehr ähnlich sind; so z. B. kann eine beginnende Lungentuberculose ebenfalls zu Dysasthenie im Larynx ohne laryngoskopische Veränderungen führen und es können diese Dysasthenien an die phonische Leistung gebunden sein, was leicht zu Verwechselungen führen kann. In diesen Fällen versagt natürlich die Stimmgymnastik.

Thost (Hamburg) spricht sich für das intralaryngeale Elektrisiren der Aryknorpelgegend bei Phonasthenie aus und hält die extralaryngeale Behandlung für zwecklos.

Chiari (Wien) sah auch von der extralaryngealen Behandlung gute Erfolge.

Gutzmann (Berlin) spricht sich gegen die intralaryngeale Behandlung aus.

Hanszel Wien).

(Fortsetzung und Schluss folgt.)

e) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde in Utrecht.

22. Versammlung am 23. und 24. November 1912.

Vorsitzender: Schutter.

In den Vorstand wurden wiedergewählt: Schutter, Vorsitzender; van Anrooy, Schatzmeister, und Burger (Amsterdam, Keizersgracht 317), Secretär-Bibliothekar.

Auf rhino-laryngologischem Gebiete wurden folgende Vorträge gehalten:

J. van der Hoeven Leonhard (Amsterdam): Die Sondirung der Stirnhöhle nach H. P. Mosher.

An Präparaten kann gezeigt werden, dass die Sondirung durch eine „Cellula aggeris" hindurch nicht immer anwendbar sein wird.

H. A. Boon (Deventer): Ein Nasenstein.

G. Brat (Rotterdam): Vorstellung eines Patienten mit traumatisch entstandener Luxation der Cartilago arytaenoidea.

W. Schutter (Groningen): Nasentamponade mittels Fingerkondoms nach Brix.

Das Kondom wird durch einen Mandrin eingeführt und durch einen anderen, meisselförmig gebauten Mandrin mit Gaze vollgestopft.

J. van der Hoeven Leonhard (Amsterdam): a) Aluminiumprothese für Unterkieferdefekt.

b) Einfacher Tisch zur Broncho-Oesophagoskopie und Operationen am Kopf und Hals.

C. H. Gantvoort (Amsterdam): Vorstellung eines Patienten, bei welchem nach Joseph ein entstellender Nasenbuckel entfernt wurde.

Discussion: Broeckaert will bei grösseren Buckeln von aussen operiren, dem Quix sich anschliesst.

J. Leopold Siemens (Amsterdam): Neue Methode zur Verkleinerung des Nasenseptums und der Nasenknochen aus kosmetischen Rücksichten.

Demonstration von einigen Instrumenten.

F. H. Quix (Utrecht): a) Angioma cavernosum in der Schleimhaut der Mundhöhle, mit Ignipunctur behandelt.

b) Nasenrachen-Polyp.

In verschiedenen Tempi wurde der Tumor gänzlich entfernt nach Doyen's Methode per vias naturales.

Discussion:

Broeckaert will in Fällen, wo der Tumor an der Seitenwand inserirt, transpalatinal operiren. Am liebsten macht er die Operation durch Umklappung der Nase.

Kan empfiehlt perorale Intubation.

Th. E. ter Kuile (Ligne): Theorie der Consonantion.

J. C. Henkes: Neuritis optica mit multipler Neuritis.

In der linksseitigen Keilbeinhöhle wurde ein Polyp gefunden, rechts war die Schleimhaut geschwollen. Trotzdem eine allgemeine Ursache für die Sehstörung bestand, trat doch nach jeder Operation eine Besserung des Visus ein.

Discussion:

de Kleyn fragt, worauf die Diagnose einer Polyneuritis beruhe. Auf ihn machte es den Eindruck, als ob eher eine Hirngeschwulst vorgelegen hätte.

Henkes: Hirntumor konnte ausgeschlossen werden. Es bestand Entartungsreaction.

Schutter sondirt in derartigen Fällen nur die Keilbeinhöhlen und wenn die Schleimhaut normale Consistenz hat, macht er Scarification im hinteren Theil der Nase.

Quix fand oft bei diesen Augenstörungen verdickte hintere Enden der mittleren Muschel; er entfernt diese dann. Auch wenn die Keilbeinhöhlen einen durchaus gesunden Eindruck machen, sieht man oft Besserung, sogar Heilung.

van Gilse.

---

f) Oto-laryngologischer Verein zu Kristiana.

Sitzung vom 17. Oktober 1912.

Wetterstad demonstrirte 2 Patienten mit Actinomycosis. Bei dem einen, einem 9jährigen Knaben, fand sich bei der Aufnahme am 11. September d. J. Eiter im rechten Ohrgange, an der vordersten Wand ein erbsengrosser Granulationszapfen.

Auf der rechten Wange sind zwei Abscesse von der Grösse einer spanischen Nuss. Drückt man auf diese, so fliesst gelber Eiter aus dem Ohrgange bei der erwähnten Granulation. Im Eiter wurden Actinomycosis-Körner nachgewiesen. Nach Auskratzen und Behandlung mit Jodkalium Heilung.

Der andere Patient, ein 54 Jahre alter Mann, Landmann, verspürte Mitte April d. J. Schmerzen beim Schlucken im Halse auf der rechten Seite sowie etwas Athemnot. Nach 3 Wochen ging das Geschwür im Halse auf, und die Beschwerden hörten auf. Gleichzeitig bemerkte Pat. eine Beule an der Aussenseite des Halses unter dem rechten Angulus. Diese Beule ist seitdem stets gewachsen. Bei der Aufnahme am 8. August 1912 fand sich zwischen dem rechten Angulus maxillaris und dem Sternum ein rothes, holzhartes, an einigen Stellen etwas hervorgewölbtes und hier weiches Infiltrat. Im Rachen sieht man ungefähr an der Zungenbasis auf der rechten Seite ein rothes Infiltrat, das die Epiglottis nach links drängt. Die weichen Partien werden incidirt und ausgekratzt, auch hier wurde Actinomycosis nachgewiesen. Nach Behandlung mit Jodkalium in zunehmenden Dosen sieht man jetzt nur ein kleines walnussgrosses Infiltrat ganz unten am Sternocleimastoideus. Hier ist noch ein kleiner purulenter Herd vorhanden, worin sich keine Actinomycosis-Körner nachweisen lassen. Fortgesetzte Behandlung mit Jodkalium.

Ein dritter Fall, ein erwachsenes Mädchen, kam wegen derselben Krankheit in der Zeit von April bis Juli d. J. in der Abtheilung zur Behandlung. Das Leiden hatte hier mit einer Schwellung der rechten Wange angefangen, und die Kranke war wegen eines möglichen Tumors von bösartiger Beschaffenheit aufgenommen worden.

Alle Patientinnen waren vom Lande, alle hatten cariöse Zähne. Bei mikroskopischer Untersuchung der letzteren in einem Falle wurde nichts Abnormes gefunden.

Uchermann demonstrirte eine 35jährige Frau, die am 29. September d. J. in die Abtheilung aufgenommen wurde mit einem Abscess in der vorderen, mittleren Halsregion.

Der Abscess erstreckte sich vom Os hyoideum bis zum Sternum und communicirte ganz hinten auf der Zunge in der Mittellinie mit der Mundhöhle, aus der Eiter ausgespuckt wurde. Der Abscess soll 10 Tage früher gerade über dem Pomum Adami mit Schüttelfrost und Fieber angefangen haben. Er verbreitete sich von dort aufwärts und abwärts. Gleichzeitig traten Schluckbeschwerden auf, keine Athembeschwerden. Vor 2 Tagen ging das Geschwür nach dem Munde zu auf. Hier fand sich bei der Aufnahme die Parthie an der Zungenwurzel bedeutend geröthet und geschwollen, und Eiter kam in der Mittellinie ebendaselbst (Foramen coecum) zum Vorschein. Durch Spaltung über der Cartilago thyreidea wurde ca. $^1/_4$ Liter Eiter entleert. Die Kranke wurde am 4. October entlassen. Der ungewöhnliche Verlauf des Abscesses scheint auf einen Ausgangspunkt um den Proc. pyramidalis und Gl. thyreoidea herum zu deuten mit weiterem Durchbruch nach der Mundhöhle längs oder durch einen vielleicht theilweise offenen Ductus thyreoglossus. Es gelang nicht, eine Sonde einzuführen. Bei der Laryngoskopie ist jetzt keine Oeffnung zu sehen. Der Hals ist äusserlich normal, keine Geschwulst der Gl. thyreoidea.

Uchermann demonstrirte ferner ein 18jähriges Mädchen mit einem krachmandelgrossen Fibrom, vom Boden des rechten Ventriculus Morgagni und der Oberfläche des rechten Stimmbandes ausgehend. Versuche zur Entfernung vermittelst einer Zange misslangen. Der Fall ist jetzt unter Behandlung mit Galvanokaustik. (16. October mit gutem Resultat. Der Tumor ist verschwunden, die Stimme ist gut.)

Fleischer zeigte ein Röntgenbild einer Oesophagusstrictur bei einer 62jährigen Frau. Die Strictur sitzt ungefähr in gleicher Höhe mit der Bifurcation, oberhalb derselben ist die Speiseröhre stark erweitert, unterhalb eng. Bougie No. 12 passirt und zeigt trotz vorsichtigen Einführens Spuren von Blut. Directe Oesophagoskopie wurde aus Rücksicht auf den Zustand der Kranken nicht vorgenommen, aber Cancer dürfte unzweifelhaft sein (Wassermann +, keine luetische Anamnese). Auch auf der Platte sieht man Andeutung von Geschwulstmassen.

Sitzung vom 28. April 1913.

Uchermann demonstrirte einen 19jährigen Arbeiter, der am 3. April wegen eines retronasalen Fibroms operirt war, das von der Vorderfläche des Corpus

os. sphenoidei ausging. Dasselbe füllte im Uebrigen den hintersten Theil der rechten Nasenhöhle aus, sowie die rechte Sphenoidalhöhle, deren äussere knöcherne Seitenwand verschwunden war, sodass der Sinus cavernosus auf dieser Seite freigelegt war. Der convexe untere Rand der Geschwulst ragte wie eine mandelgrosse Excrescenz in den Fornix hinein. In den daranstossenden Ethmoidalzellen polypöses Gewebe und ödematöse Schleimhaut. Die Geschwulst war sehr blutreich (mikroskopische Diagnose: Hämangiofibrom), Operation à la Denker.

Dies ist der 7. Fall von Fibroma sphenoidale, der in der Abtheilung im Laufe der letzten beiden Jahre vorgekommen ist, alle auf naso-maxillärem Wege operirt und mit glücklichem Ausfall. Der Patient war wegen Epistaxis aufgenommen worden; die Verdichtung der rechten Nasenhälfte war seit 5 Monaten beobachtet worden.

Uchermann demonstrirte einen gewöhnlichen Teppichstift aus Eisen, der am 30. Januar dieses Jahres aus dem linken Bronchus eines 6jährigen Mädchens entfernt wurde. Am 15. Januar sollte in Folge der Anamnese ein 5jähriger Bruder einen „Pflaumenstein" der Schwester in den Mund gesteckt haben, die darauf vom Arzt mit Brechmitteln, ohne Erfolg, behandelt wurde. Bei Röntgenuntersuchung erwies sich der Fremdkörper als ein Teppichstift, mit der Spitze nach oben und dem Kopf nach rechts, in gleicher Höhe mit dem fünften Brustwirbel und auf dem Oesophagus localisirt. Da bei der Oesophagoskopie (zweimal) kein Fremdkörper in der Speiseröhre gefunden werden konnte, wurde die Kranke am 17. Januar zu erneuter Röntgenoskopie gesandt und wurde der Fremdkörper dann in dem rechten Bronchus localisirt. Nach vergeblicher Bronchoscopia sup. (der Kehlkopf ungewöhnlich eng, das Rohr zu dick) wurde am 20. Januar Tracheotomia sup. und am 22. Januar Bronchoscopia inf. bei localer Anästhesie vorgenommen. Man sieht den Fremdkörper im rechten Bronchus und er wird mit Paterson's kleiner Zange erfasst; aber indem er durch die Trachealöffnung geführt werden soll, gleitet der Griff aus, der Fremdkörper verschwindet und lässt sich nicht wiederfinden. Dasselbe geschieht merkwürdiger Weise bei der nächsten Untersuchung am 24. Januar. Es wurde dasselbe Instrument benutzt. Der Fremdkörper lag wiederum in dem rechten Bronchus, befand sich aber bei nachfolgender Röntgenuntersuchung im linken. Hieraus wurde er also am 30. Januar mit einer breiteren Guisez'schen Zange entfernt. Inzwischen war, nach Läsion der Schleimhaut durch eine grössere Zange, Emphysem über Hals, Brust und Armen entstanden, das erhöhte Temperatur verursachte, aber nach einigen Tagen wieder zurückging. Das Kind wurde am 12. Februar als geheilt entlassen. Die Krankengeschichte zeigt die Nothwendigkeit, bei Röntgenuntersuchung wegen Fremdkörpern im Brustkorb stets die Untersuchung in wenigstens zwei Ebenen vorzunehmen, um einer falschen Projection zu entgehen.

Heidenreich sprach über eine Methode, um Nachblutung bei Entfernung von hypertrophischen hinteren Enden der Conchae inferiores zu verhindern. Es wird eine tiefe galvanokaustische Furche aufwärts und abwärts gemacht, lateral von dem zu entfernenden Theil; danach langsame Abschnürung mit kalter Schlinge und zuletzt Galvanokaustik auf die ganze Wundfläche.

Uchermann: Nachdem ich das hintere Ende nach einigen Minuten Zusammenschnürens mit der Schlinge entfernt habe, ätze ich gern sofort mit Chromsäure, bisweilen auch mit Galvanokaustik.

Heidenreich sprach über Stimmenanomalien in Folge abnormen Verlaufs des Stimmwechsels und deren Behandlung. Diese Stimmenanomalien sind functionell, ohne nachweisliche Veränderungen in Larynx und Trachea, und kommen besonders bei Männern in jedem Alter nach den Pubertätsjahren vor (persistirende Fistelstimme). Bei zu hoher Stimme (Eunuchen-, Fistel-, Falsett- oder Kastratstimme) und „Ueberschnappen der Stimme“ (d. h. ein momentan unfreiwilliges Ueberspringen von dem normalen Brustregister zur Falsetstimme) liess Bresgen den Patienten laut, langsam und deutlich lesen und drückte gleichzeitig mit dem Daumen den Kehlkopf des Patienten in gleiche Höhe mit dem Adamsapfel, in der Richtung von vorne nach hinten, Schech mit der Spitze des Zeigefingers in Incisura thyreoidea superior den Kehlkopf des Patienten abwärts, indem das Kinn gegen das Sternum gesenkt wird. Durch diesen Druck werden die Mm. crico-thyreoidei und die Stimmbänder erschlafft, die Stimme wird tief und das Entstehen der Fistelstimme (das von zu starker Contraction von M. crico-thyreoidei und den Stimmbändern herrührt) wird unmöglich gemacht.

In der Regel glückt es in der ersten Sitzung, im Laufe von 5 Minuten, durch diese einfache Manipulation den oft unglücklichen und deprimirten Fistelstimmepatienten eine andauernd normale Stimme zu verschaffen. (Patienten von 18 bis 50 Jahren.)

Bei zu tiefer Stimme („Strohbass“), die übrigens sehr selten vorkommt, drückte Bresgen mit dem Zeigefinger und Daumen beide Cartilago thyreoidea-Platten zusammen, Schech mit dem Daumen vom untersten Rande der Cartilago thyreoidea aus den Kehlkopf aufwärts, indem der Patient den Hals streckte und das Kinn hob. Die Stimme wird alsdann höher, indem die Mm. crico-thyreoidei und die Stimmbänder dadurch stark gespannt werden.

Uchermann: Ich habe gelegentlich genannten Handgriff angewandt, doch nur zu einer Einleitung für methodische Gesang- und Sprechübungen in tiefer Tonlage. Ich kann mir auch schwerlich eine andauernde Wirkung denken, ohne dass solche Uebungen folgen, speciell in veralteten Fällen. Uchermann.

III. Briefkasten.

Sota y Lastra †.

Im patriarchalischen Alter von 81 Jahren starb der Nestor der spanischen Laryngologen Dr. Sota y Lastra. Ihm gebührt das Verdienst, gemeinsam mit Ariza die Laryngologie in seinem Vaterlande eingeführt zu haben. Seine Arbeit über die Lepra des Kehlkopfes verdient noch heute als klassisch bezeichnet zu werden; durch zahlreiche Publicationen hat er dahin gewirkt, dass die spanischen Aerzte sich mit der Intubation vertraut machten; er war auch einer der ersten, der in Spanien die Totalexstirpation des Larynx übte zu einer Zeit, wo man diese Operation noch als eine ungerechtfertigte chirurgische Waghalsigkeit ansah. Auch ein in seinem Vaterlande seiner Zeit sehr verbreitetes Lehrbuch der Krankheiten der oberen Luftwege hat er verfasst.

Personalnachrichten.

Unser verehrter Mitarbeiter Dr. v. Sokolowski feierte unter reger Anteilnahme seiner zahlreichen Freunde und Schüler das Jubiläum seiner 30jährigen Thätigkeit als Arzt und seiner 40jährigen Thätigkeit als Primärarzt am Heiligen Geisthospital in Warschau. Unter vielen anderen Gaben wurde ihm eine Anzahl Arbeiten laryngologischen Inhalts gewidmet.

Dr. Gabriel Hicquet wurde zum Chef der oto-rhino-laryngologischen Abtheilung an der Poliklinik St. Jacques in Brüssel ernannt.

Privatdocent Dr. Kurtvirt in Prag wurde zum ausserordentlichen Professor und zum Direktor der böhmischen Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Rachenkranke ernannt.

Dr. Alfred Brüggemann hat sich in Giessen für Oto-Laryngologie habilitiert.

Prof. Gluck ist zum Ehrenmitglied der Berliner laryngologischen Gesellschaft ernannt worden.

Namen-Register.*)

A.

B.

---

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

N.

O.

P.

T.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

G.

H.

I. J.

K.

L.

M.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

W.

Z.

Für die Redaction verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Nettelbeckstr. 17.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

4/

Jahrgang XXIX. December 1913. No. 12.

Semon's Internationales Centralblatt für Laryngologie, Rhinologie und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Berlin), **L. Bayer** (Brüssel), **A. J. Brady** (Sydney), **H. Burger** (Amsterdam), **Calamida** (Mailand), **O. Chiari** (Wien), **H. J. Davis** (London), **v. Gilse** (Haarlem), **Gontier de la Roche** (Toulon), **Grabower** (Berlin), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **G. Jonquière** (Bern), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **Nadoleczny** (München), **Oppikofer** (Basel), **Parmentier** (Brüssel), **Polyak** (Budapest), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid), **Logan Turner** (Edinburgh), **Watson Williams** (Bristol), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

GEORG FINDER
Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer,
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXIX. Jahrgangs (Januar—December 1913) **15 Mark.**

Berlin 1913.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.

Inhalt.

Einsendungen für Semon's Centralblatt werden an die Adresse des Herausgebers, Herrn Prof. Dr. Georg Finder in Berlin W., Nettelbeck-Strasse 17, erbeten.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 4.

